POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

J. DANYSZ. Paryż.

W sprawie anafilaksji spontanicznej i jej objawów w ustroju ludzkim.

Z laboratoryjnych doświadczeń wynika, że zwierzęta różnych gatunków bardzo rozmaicie reagują na pierwsze zastrzyknięcia tych samych ciał białkowych. I tak n. p. królik znosi bez żadnej widocznej reakcji pierwsze zastrzyknięcie peptonu, który wywołuje u psa silny wstrząs proteotoksyczny i odwrotnie, pies znosi dużą dawkę krwi lub surowicy wołowej [1]), proteotoksycznej dla królika.

Dzięki wyczerpującym badaniom Arthusa [2]) znamy dziś dość dokładnie spontaniczną wrażliwość królika. Mniej dobrze znany jest pod tym względem ustrój świnki morskiej, psa, konia lub kozy. Ze znanych i doświadczalnie stwierdzonych objawów, można już jednakże wywnioskować, że spontaniczna wrażliwość królika na surowice psa, barana, kota, wołu i kury, niema etjologicznie nic wspólnego z nadwrażliwością anafilaktyczną, wywołaną przez odpowiednie postępowania, pomimo, że objawy wstrząsu anafilaktycznego i proteotoksycznego mogą być zupełnie jednakowe.

Takie same różnice znajdujemy u różnego rodzaju zwierząt co do specyficzności anafilaktycznych odczynów.

Odczyny te, ściśle swoiste u świnki morskiej, są u królika zawsze wielostronne a nawet różnostronne: królik przeczulony końską surowicą, reaguje nie tylko na tę surowicę, ale także na żelatynę i na owo-albuminę. »przygotowany« glykogenem okaże nadwrażliwość na końską surowicę, zniesie zaś bez reakcji próbne zastrzyknięcie glykogenu (Arthus).

Jak się pod tym względem zachowuje ustrój ludzki? Jedynie z obserwacji klinicznych można tu wyciągnąć pewne ogólne wnioski. O przeprowadzeniu ścisłych doświadczeń u człowieka nie może być mowy, jednakże nie ulega kwestji, że wobec dodatnich wyników bakterjo- i proteino-terapji, warto się nad tą sprawą zastanowić a mianowicie bliżej rozpatrzyć, o ile wstrząsy wywoływane przez pewne substancje można uważać jako proteotoksyczne albo anafilaktyczne, — jakie są charakterystyczne właściwości anafilaksji u człowieka, — wreszcie, jakie mogą być bliskie i dalekie skutki postępowań leczniczych, które wywołują u człowieka anafilaktyczną nadwrażliwość.

Sprawa ta nie mniej jest ważna i z innych względów. Stosowanie na coraz szerszą skalę ochronnych szczepionek leczniczych, surowic jakoteż różnych mikrobowych, białkowych lub koloidalnych preparatów, stanowi bardzo donośny, zasadniczy zwrot w postępowaniu leczniczem. Zastąpienie leków dotychczasowej farmakopeji przez ciała koloidalne, które wywołują prawie zawsze, albo mogą wywołać w pewnych warunkach, długotrwałe, czasem dziedziczne zmiany w koloidalnej równowadze cieczy ustroju, a więc i w metabolizmie wszystkich tkanek, musi mieć, obok czysto leczniczego, także bardzo poważne biologiczne znaczenie.

Wybór leczniczych metod i środków nie może więc być obojętnym.

* * *

Istotę spontanicznej nadwrażliwości u ludzi można badać w przypadkach chorób zakaźnych i niezakaźnych.

Jako typ nadwrażliwości wywołanej zakażeniem, może nam posłużyć gruźlica.

Obecność gruźliczych mikrobów, które się mnożą i częściowo zamierają w zakażonym ustroju, wytwarza w nim, jak wiadomo, pewien bardzo słaby stan odporności i zarazem niezwykle wysoką nadwrażliwość.

Tuberkulina nie posiada własności antygenicznych. Względna odporność i nadwrażliwość wytwarzają się pod działaniem rozkładających się ciał białkowych mikrobów, które nie posiadają własności proteotoksycznych, a więc działają jako antygeny.

Chorobowe objawy nadwrażliwości u ludzi (ogólne zmęczenie, dreszcze, mdłości, poty, a szczególniej typowa gorączka) można wywołać przez podskórne wstrzyknięcie 1/100 mlgr. tuberkuliny, 1/10 gr. mleka i 1/10.000 mlgr. wielowartościowej szczepionki jelitowej (*entero-antygen)*.

A więc w gruźlicy, nadwrażliwość nie jest wyłącznie swoista.

Reakcje lecznicze, bez żadnych widocznych patologicznych objawów, można otrzymać, wstrzykując podskórnie 1/1000 mlgr tuberkuliny albo 1/200 000 mlgr szczepionki jelitowej. Pozologja mleka nie została dotychczas ściślej oznaczona Niewiadomo także jakie może być lecznicze działanie tuberkuliny *per os*. Co zaś do szczepionki jelitowej, mieliśmy sposobność przekonać się, wielokrotnie, że dawki 1/10.000 mlgr. podane *per os* działają prawie tak samo, jak 1/200.000 mlgr. stosowane podskórnie.

Kliniczne polepszenia i czasowe uzdrowienia wilka, gruźliczych miejscowych obrażeń błon śluzowych, nerek, jąder, jajników, kości, stawów, przez stosowanie tak różnych substancji, jak tuberkulina, mleko lub szczepionka jelitowa, które w żaden sposób nie mogą działać bezpośrednio na czynniki zakaźne, świadczą niezawodnie, że wszystkie te objawy zakażenia gruźliczego, nie wyłączając stanu gorączkowego, są natury anafilaktycznej, z czego konieczny wniosek, że i działanie lecznicze może być jedynie antyanafilaktyczne.

Podobnego rodzaju objawy stwierdzili Ławrynowicz, Tatarinow i Chaczikow [3]), w durze brzusznym, gdzie takie same chorobowe i lecznicze reakcje można wywołać zapomocą dożylnych wstrzykiwań szczepionki gonokokowej lub lasecznika okrężnicy, jak i szczepionki swoistej. Nolf otrzymał podobne wyniki przez wstrzykiwanie peptonu, Kraus przez wstrzykiwanie mleka.

Prątek Ebertha, podobnie jak mikrob gruźliczy, nie wydziela rzeczywistej toksyny i nie działa proteotoksycznie. a więc i w tym przypadku objawy chorobowe, jako też objawy nadwrażliwości na mleko, pepton lub nieswoiste szczepionki mogą być jedynie wynikiem pośrednich odczynów ustroju, wymagających pewnej inkubacji.

Z rozbioru tych dwóch przykładów koniecznie wywnioskować należy, jak to już zaznaczyłem w poprzednich swoich pracach [4]), że w zakażeniach septykemicznych (nie toksycznych) objawy chorobowe są natury anafilaktycznej, a mianowicie: „że często (kilka razy na dzień) powtarzane wstrzykiwania zabitych mikrobów wywołują taki sam obraz chorobowy jak normalnie rozwijające się spontaniczne zakażenie[4].

Prace Vaughan'a, Wheeler'a i Guidley'a [5]) dowiodły ponadto, że nietylko proteiny chorobotwórczych mikrobów, ale i zwykła ovo-albumina, wstrzykiwana co 2

---

[1]) Hayem, Traité du Sang 1889.
[2]) Maurice Arthus, De l'anaphylaxie à l'immunité 1921.

[3]) Ławrynowicz, Tatarinow i Chaczikow. Spostrzeżenia nad wakcynoterapją śródżylną duru brzusznego. Polska Gazeta Lekarska Nr. 47, 1923, str. 778.
[4]) J. Danysz. La Lutte contre la tuberculose (Evolution et pathogénie). La Presse Médicale 1917, Nr. 48, p. 497.
Tenże. L'evolution des fièvres typhoides etc... La Presse Médicale, Nr. 4, 17. Janvier 1918.
[5]) Vaughan, Wheeler i Guidley. Journal of the Amer. med. Association. Sierpień, 1909.

godziny w bardzo małych dawkach, wywołuje u królika zupełnie taki sam stan gorączkowy, jaki znajdujemy powszechnie w durze u człowieka.

Z powyżej przytoczonych obserwacyj i doświadczeń, musimy więc wyciągnąć następujące wnioski:

1. Objawy chorobowe septycznych zakażeń jakoteż wstrząsy i odczyny lecznicze, wywołane przez swoistą i nieswoistą bakterjo- albo proteinoterapję, są natury anafilaktycznej i antyanafilaktycznej. 2. Preparaty swoiste i nieswoiste wywołują zupełnie jednakowe reakcje, a więc i mechanizm działania tych różnych preparatów musi być jednakowy. 3. Objawy anafilaksji i antyanafilaksji u człowieka nie są swoiste. Działanie preparatów swoistych nie jest wynikiem odczynów swoistych w ogólnie przyjętem znaczeniu tego wyrazu.

Takie pojęcie patogenji objawów septycznych zakażeń nie daje nam, co prawda, szczegółowych wskazówek co do mechanizmu leczniczych odczynów, poddaje nam jednakże przypuszczenie, że wszystkie tego rodzaju objawy chorobowe muszą mieć jakieś wspólne czynniki patogeniczne i posiada pozatem, i tę jeszcze nie małą zaletę, że nas sprowadza z fałszywej drogi badania objawów tych na zbyt wyłącznym i zacieśnionym gruncie specyficzności.

* * *

Rozbiór objawów patologicznych i leczniczych, wywoływanych przy stosowaniu bakterjo- lub proteinoterapji w cierpieniach przewlekłych niezakaźnych, pozwoli nam bliżej określić, jakie mogą być wspólne patogeniczne czynniki anafilaksji i przez to głębiej wniknąć w istotę leczniczego działania proteinowych preparatów.

Całości tego zadania dziś objąć niepodobna. Metody te nie mają jeszcze dostatecznie ścisłych doświadczalnych podstaw, to też niema ustalonych wskazówek i przepisów tak co do wyboru pewnych preparatów w pewnych cierpieniach, jak i co do ich pozologji.

I tak, opierając się na pozologji stosowanej w szczepieniu ochronnem i w seroterapji, zaczęto wstrzykiwać w celach leczniczych krew lub surowice *autogène* albo *heterogène* w dawkach 5 do 50-ciu cm³, mleko w ilości 1 do 10-ciu cm³, preparaty mikrobowe w dawkach zawierających kilkaset miljonów lub kilka miljardów mikrobów i otrzymano zwykle mniej więcej silne wstrząsy. A ponieważ po wstrząsie następuje często reakcja lecznicza, ustaliło się mniemanie, że to właśnie ten wstrząs działa leczniczo, że jest on nawet koniecznym warunkiem poprawy lub mniejwięcej trwałego ustąpienia chorobowych objawów.

W jaki sposób wstrząsy mogą działać leczniczo? Jakie mogą być bliskie i dalsze skutki tego rodzaju zabiegów? I na te pytania dziś jeszcze ogólnej odpowiedzi dać niepodobna.

Osobiste spostrzeżenia, w których z polskich lekarzy wzięli dotychczas mniej więcej czynny udział: pani Biehler i pp. R. Bernhardt, Bryliński, Cieszyński, Domaszewicz, Jezierski, Michałowicz i Szejnach, którym niech mi tu wolno będzie złożyć szczere podziękowanie za przesłane mi obserwacje lub uwagi, musiałem ograniczyć do bardziej szczegółowych badań warunków działania jednego tylko tego rodzaju leczniczego preparatu, a mianowicie wielowartościowej szczepionki jelitowej.

* * *

Anafilaktyczna natura niezakaźnych przewlekłych cierpień najlepiej uwidacznia się w astmie.

O b s. I. Styczeń 1922 r. (Dr. Bouchage z Mentony).

Chłopiec 14 lat, cierpi na astmę prawie od urodzenia. Niezwykle mały i chudy na swój wiek. Ataki astmy występują przeważnie przy zmianach temperatury lub ciśnienia barometrycznego. Wrażliwość skórna (*cuti-réaction*) badana na 36 protein dała następujące wyniki: Sok pomidorowy (+++), wyciąg z mąki pszennej (++), z ryżu (++), mięso wieprzowe (++), pierze kurze (+), szerść psa (++), fasola (+), miód (+), śliwki (+). Odpowiednia djeta zdaje się zmniejszać trochę intenzywność ataków. Pięć wstrzyknięć szczepionki jelitowej (dawki 0·1 c. sz. = 1/10.000 mlgr.) sprowadza zupełne wyzdrowienie trwające do dzisiaj (maj 1924). Chłopiec wyrósł i zmężniał. Wstrzyknięcia nie wywoływały nigdy żadnej widocznej reakcji.

O b s. II. i III. (Dwa przypadki astmy badane przez dra Rackemann z Bostonu).

II. Panna, 20 lat, cierpi na astmę sienną od kilku lat. Odczyn skórny dodatni z wyciągiem *Taraxcum officinale*. Leczona tym wyciągiem bez skutku. Przyjazd do Europy nie poprawia jej stanu.

W sierpniu 1920 r. dostaje 10 amp. po 1/100 mlgr. po jednej ampułce dziennie do picia, po trochu w ciągu dnia, w szklance wody. Po wypiciu 6-ej amp. czuje się zupełnie dobrze. W lipcu 1921 r. oświadcza, że od roku może mieszkać na wsi i chodzić po łąkach nie doznając żadnych zaburzeń oddechowych.

Picie szczepionek nie wywołało zupełnie żadnych reakcji.

III. Zupełnie podobne skuteczne wyniki otrzymał młody człowiek, dostający ataków astmy od zapachu koni i leczony bezskutecznie w Bostonie wyciągiem szerści końskiej.

Wypicie kilku amp. tej samej szczepionki jelitowej usunęło zupełnie nadwrażliwość na pot koński.

O b s. IV. (Dr. Henric).

Kobieta, 37 lat, cierpi na astmę sezonową od 18-go roku życia. Stale, prawie codzienne ataki, szczególniej w nocy, od początku maja do połowy października. Morfina, kokaina, adrenalina, chlorek wapnia, wody Bourbole, Vichy, stosowane bez skutku. W lipcu 1920 r. bezsenność, anoreksja, stan ogólny groźny. 20-go lipca 1920 r. pierwsze wstrzyknięcie podskórne szczepionki jelitowej. Dawka 0,5 c. sz. (1/200 mlgr. mikrobów). W dwie godziny potem silna reakcja lokalna, bóle w żołądku i w jelitach, dreszcze, temp. 37,5°. Noc spokojna bez ataku. 21-go lipca, w ciągu dnia, mdłości, zawroty głowy, uczucie zmęczenia, bóle w miejscu zastrzyknięcia. 22-go lipca, wstrzyknięcie 0,6 c. sz. szczepionki. W kilka godzin po wstrzyknięciu, uczucie nieznanej oddawna euforji, chęć ruchu, wesołe usposobienie. Od 24-go do 30-go lipca wstrzyknięcia 0,8—0,9 i 1,0 c. sz. szczepionki. Dawki te nie wywołały żadnej reakcji. Od tego czasu nastąpiło wyzdrowienie zupełne z astmy i polepszenie ogólnego stanu.

Dla pewności wstrzyknięto w październiku dawki 0,2 i 0,4 cm³, które nie wywołały żadnych odczynów.

O b s. V.

Kobieta, 25 lat, łuszczyca od 3 lat. Plamy wielkości guziczka na całem ciele, szczególniej na karku, na plecach, na piersi i na łydkach. — Pierwsze zabiegi w styczniu 1915 r. — 10 wstrzyknięć podskórnych w ciągu 15 dni. Dawki 1/100 do 2/10 mlgr. (20 do 400 miljonów mikrobów). — Chora znosi wstrzyknięcia bez żadnych chorobowych odczynów. — .. dwa tygodnie stwierdzamy znaczne polepszenie.

Powtórzenie leczenia (w tych samych dawkach w dwa tygodnie później), które nie wywołuje żadnego widocznego wstrząsu. W ciągu tego drugiego leczenia plamy znikają zupełnie.

Nawroty w 1917, 1921 i w marcu 1924 leczone w ten sam sposób, tą samą szczepionką i z takim samym skutkiem [6]). Nawrót 1917-go roku wywołany został pędzlowaniem piersi i pleców jodyną, co dowodzi niezwykłej wrażliwości na jodynę.

Z o b s e r w a c y j t y c h w y n i k a:

1. Że objawy chorobowe wywołane przez bardzo różne czynniki, mogą być wyleczone tym samym preparatem;

2. że szczepionka jelitowa wywołuje w y ł ą c z n i e l e c z n i c z e o d c z y n y w dawkach 1/10.000 mlgr. (mniej więcej 200.000 mikrobów) podskórnie lub *per os*;

3. że dawka 1/200 mlgr. wstrzyknięta podskórnie, może wywołać silny typowy wstrząs anafilaktyczny;

4. że, jeżeli pierwsza interwencja wywoła reakcję, to następne są dobrze znoszone, nawet, jeżeli je powtarzać w dwa miesiące później.

A z d a n y c h t y c h, dalsze ogólniejsze w n i o s k i:

1. chociaż szczepionka jelitowa może wywołać wstrząs anafilaktyczny w przypadkach nadwrażliwości, to jednak nie działa antygenicznie; 2. chociaż po wstrząsie może nastąpić wyzdrowienie, to jednak wstrząs ten jest zupełnie niepotrzebny do trwałego odczulenia organizmu; 3. ponieważ szczepionka jelitowa działa leczniczo per os i bez wstrząsu, a więc w sposobie działania preparat ten musi różnić się zasadniczo od działania mleka lub surowic swoistych lub nieswoistych; 4. że ponieważ leczenie szcze-

[6]) W przypadkach łuszczycy, ustrój ludzki jest szczególnie odporny na wstrząsy, wywoływane przez wstrzyknięcia szczepionki jelitowej. Z prób, coprawda nielicznych, dokonanych na osobnikach normalnych, t. j. nie skarżących się na żadne jawne dolegliwości, możnaby wywnioskować, że w łuszczycy ustrój jest znacznie mniej wrażliwy niż organizm normalny.

pionką jelitową daje długotrwałe uzdrowienia [7]), *a więc w tych przypadkach, preparat ten działać musi bezpośrednio na patogenję choroby, ponieważ zaś działa bardzo szybko i w bardzo małych dawkach, działanie to musi być bardzo wyborcze.*

Obs. VI. (Dr. Henric).

Reumatyzm przewlekły w lewem ramieniu. Kobieta, 35 lat, cierpi od kilku lat na częste ostre i bolesne napady (*crises*) reumatyzmu. W kwietniu 1920 r. trzy wstrzyknięcia podskórne mleka wywołują silne miejscowe i ogólne odczyny, poczem następuje polepszenie ostrych napadów. W lipcu stwierdzamy bezwład lewego ramienia i ból przy każdym ruchu ręki. Zły stan ogólny, anoreksja, bezsenność. 19-go lipca rano pierwsze wstrzyknięcie 1/500 mlgr. szczepionki jelitowej. Lekka reakcja miejscowa, żadnej reakcji ogólnej. Noc dobra. 20-go lipca rano, 1/100 mlgr. wstrzyknięcie wywołuje popołudniu silną reakcję ogólną: uczucie pieczenia w żołądku, mdłości (*brulures a l'estomac*). Temp. 37,5°. Noc spokojna, sen dobry. 22 i 23-go lipca wstrzyknięcie 1/100 mlgr. Bez odczynu. Ruchy ramienia swobodne, bez bólu. Stan ogólny znakomity. Apetyt, sen dobry. Wyzdrowienie trwa bez przerwy do końca roku.

Obserwacja ta wskazuje, że szczepionka działa inaczej jak mleko i że w reumatyzmie wrażliwość organizmu jest stosunkowo mniejsza, niż w astmie.

Obs. VII. Dr. Szenajch (Chorea).

Helena Z., lat 7. Przyjęta do szpitala Karola i Marji 20. XII. 1921. Podniecenie całego ciała, nie może jeść sama, mowa niewyraźna. 27. XII. pierwsze wstrzyknięcie szczepionki jelitowej 1/500 mlgr. i następnie do 14. I. 1922 r. 9 wstrzyknięć w stopniowo zwiększanych dawkach aż do 1/100 mlgr. Nie zauważono żadnej miejscowej ani ogólnej chorobowej reakcji.

Odczyny lecznicze. Po drugiem wstrzyknięciu stwierdzono znaczne polepszenie: mowa wyraźniejsza, agitacja mniejsza. Po każdem następnem wstrzyknięciu stwierdzamy widoczną poprawę. 13. I. chora sypia spokojnie, mówi zupełnie dobrze, może leżeć i siedzieć spokojnie. 19. I. 1922 r. opuszcza szpital zupełnie zdrowa.

Dr. Szenajch podaje 11 podobnych przypadków, z których w jednym tylko nie otrzymał widocznych dodatnich wyników.

Zaznaczyć tu należy, że dzieci wogóle mniej silnie reagują na wstrzyknięcia szczepionki jelitowej, niż dorośli.

Obs. VIII.

Lekarz, 52 lat, cierpi od kilku lat na migreny, powtarzające się kilka razy tygodniowo i na bardzo trudne do zwalczenia, zaparcie stolca od 20 lat.

Pierwsze wstrzyknięcie podskórne 1/2000 mlgr. szczepionki jelitowej 13. III. 1917 r. o godz. 6-ej wiecz. O godz. 2-ej w nocy budzi go lekki ból brzucha. Po chwili bardzo obfity płynny stolec. Do 9-ej rano jeszcze 3 płynne stolce. 15. III. powtórne wstrzyknięcie 1/20.000 mlgr. wywołuje w nocy zupełnie podobne objawy. 15. III. dzień spokojny bez żadnej reakcji. 16. III. 1/100.000 mlgr. o 6-ej wieczorem wywołuje jeden płynny stolec w nocy. Dostaje 5 amp. po 1/10.000 mlgr. do picia. 27. III. powraca na front wojenny.

Widziany w listopadzie 1917 r. oświadcza, że miał od marca kilka razy lekkie migreny. Normalne stolce codzień lub co dwa dni. Brał przez ten czas *per os*, raz na miesiąc ampułkę (1/1000 mlgr.) w szklance wody, w dziesięciu dawkach w ciągu jednego dnia.

Obs. IX.

Lekarz wojskowy, 34 lat. *Enteritis mucomembranosa* od trzech tygodni, kilkanaście płynnych stolców na dobę. Bardzo osłabiony. 5. V. 1917 jedna ampułka (1/10 mlgr.) w szklance wody do wypicia w 10-ciu dawkach w ciągu doby. 6. V. trzy płynne stolce; dostaje do wypicia drugą ampułkę. Nie zauważono żadnej chorobowej reakcji. 8. V. jeden normalny stolec. 9. V. chory oświadcza, że czuje się znakomicie.

Apetyt i sen bardzo dobre. 15. V. powraca na front wojenny w zupełnie dobrym stanie zdrowia.

Prof. Dr. Jezierski otrzymał podobnie skuteczne wyniki w leczeniu czerwonki w 1921 i 1922 r. w miejskim szpitalu w Poznaniu. (Nowiny Lek. Nr. 5, 1922).

Obs. X.

Mężczyzna, 37 lat. Choroba skórna rozpoznana przez dra Sabouraud jako *eczéma suintant* na całem ciele od lat 7-miu. Bardzo przykre swędzenie podczas nocy nie pozwala spać choremu. Stosował przepisy znanych specjalistów w Francji i w Niemczech, bez skutku. W Ameryce wyrwano mu kilka zębów także bez skutku.

Od 13-go do 24-go kwietnia 1914 r. otrzymuje szereg (10) podskórnych codziennych wstrzyknięć po 1/1000 mlgr. mikrobów szczepionki jelitowej, które znosi bez żadnej reakcji. Swędzenie ustąpiło zupełnie po pierwszem wstrzyknięciu. 25. IV. skóra prawie zupełnie wygojona, miejscami jeszcze widać czerwone plamy. Od 10-go do 20-go maja 1914 r., drugi szereg (10) wstrzyknięć, które chory znosi tak samo dobrze, jak pierwszy.

Obrażenia skóry znikły bez śladu.

Chory widziany w maju 1924 r. oświadcza, że żyje zupełnie normalnie, nie zachowuje żadnej djety i nie miał nigdy najmniejszych oznak wyprysku.

Badanie bakterjologiczne kału przed i po leczeniu nie wykazało żadnych widocznych zmian w ilości ani jakości mikrobów.

* * *

Z pomiędzy nadesłanych mi obserwacyj wybrałem 10 powyżej przytoczonych przypadków, przedewszystkiem w tym celu, ażeby wskazać, że tak samo jak w chorobach zakaźnych, tak i w bardzo różnych cierpieniach niezakaźnych objawy anafilaktyczne muszą mieć jakiś wspólny czynnik patogeniczny.

Ażeby zaś ten wspólny czynnik odnaleźć, na podstawie leczniczych odczynów wywołanych przez stosowanie szczepionek jelitowych, trzeba nam jeszcze bliżej określić charakterystyczne cechy anafilaktycznej nadwrażliwości u człowieka, jako też fizyko chemiczne i fizjologiczne własności szczepionki jelitowej.

Przedewszystkiem zaznaczyć trzeba, że różnice w warunkach i długości życia człowieka i zwierząt zwykle używanych do doświadczeń, nie pozwalają nam zupełnie odtworzyć doświadczalnie takiego rodzaju nadwrażliwości, jaka się spontanicznie wytwarza u ludzi. *Wzruszenia, choroby zakaźne, zabiegi lecznicze (szczepionki, surowice, substancje koloidalne) wreszcie dziedziczność, są to wszystko czynniki, których działanie wzmaga lub zobojętnia częściowo stan anafilaktyczny, tak, że ostatecznie, nadwrażliwość wytworzona w ten sposób w ustroju ludzkim jest pewną »wypadkową«, której różnorodność natury i napięcia niema granic.*

Odnalezienie szczegółowej etjologji takiej nadwrażliwości byłoby więc zadaniem przenoszącem o wiele granice dzisiejszej naszej wiedzy z dziedziny fizjologji, patologji i patogenji, ale takie pojęcie tej sprawy pozwala nam pozbyć się niektórych przesądów, dotyczących konieczności swoistych odczynów i zrozumieć, dlaczego nadwrażliwość ludzka jest wielostronna, dlaczego napięcie jej jest tak różne, dlaczego ten sam czynnik może wywołać w jednym przypadku astmę, w innych wyprysk, reumatyzm, neurastenję, pląsawicę, migrenę, zaparcie stolca lub biegunkę — i odwrotnie, różne czynniki w innych przypadkach, te same objawy chorobowe, *dlaczego jednem słowem objawy chorobowe pochodzenia anafilaktycznego nie są nietylko wynikiem działania pewnych ściśle określonych substancji antygenicznych a przeważnie pewnej djatezy lub idjosynkrazji osobistej.*

To samo pojęcie wytłumaczy nam różnorodność skutecznego działania tych samych lub różnych substancji antyanafilaktycznych i zdaje się, że zebrane dotychczas obserwacje kliniczne pozwolą nam sprawę tę trochę więcej pogłębić a mianowicie oznaczyć, pomiędzy leczniczo działającymi substancjami, dwie zasadniczo różniące się kategorje.

Choroby przewlekłe zakaźne, jak i niezakaźne można najogólniej określić jako stany patologiczne, w których nadwrażliwość utajona ujawnia się co pewien czas pod postacią różnych chorobowych objawów, czyli „wstrząsów" wywołanych przez pewne czynniki drażniące, wewnętrzne lub zewnętrzne. Czynniki te mogą być bardzo wyborcze (jak n. p. w pewnych przypadkach astmy) albo jakiekolwiek.

Po mniej więcej silnych wstrząsach, następują zwykle mniej więcej krótko lub długotrwałe remisje. W gruźlicy, pęknięcie ogniska zakaźnego, z którego mikroby dostają się do krwiobiegu i do tkanek, podziała tak samo jak wstrzyknięcie tuberkuliny, szczepionki gruźliczej lub

---

[7]) M. Biehlerowa. (Kilka słów o leczeniu astmy u dzieci enteroantygenem Danysza. Pedjatrja Polska 1914. id. Archives de Médecine des Enfants 1923, Nr. 11. listopad). Donosi mi, że w przypadkach leczonych w lutym i marcu 1922 r. stwierdziła trwanie poprawy bez zmiany do dnia 30-go kwietnia 1924 roku.

mleka, przeziębienie, uraz, odra i t. p. Zależnie od dawki, wstrząs polepszy stan chorego albo go pogorszy. Z dotychczasowych obserwacji niepodobna jeszcze na pewne wywnioskować, czy wstrząsy swoiste działają zupełnie w ten sam sposób co wstrząsy nieswoiste.

Zupełnie podobne objawy spostrzegamy w chorobach niezakaźnych. W astmie n. p., atak wywołany jakimś zapachem, odczula organizm na ten sam zapach na czas jakiś, i tak tłumaczyć można skuteczne wyniki t zw. swoistego leczenia astmy metodą Walkera[8]).

Małe dawki substancji „wywołującej" często powtarzane, działają antyanafilaktycznie, ale trudno przypuścić, żeby działały inaczej, żeby mogły odczulić ustrój radykalniej, niż rzeczywiste ataki, które przecież nie uzdrawiają. Zresztą, czyż można pomyśleć, ażeby takie „wywoływacze", jak sok pomidorów, szerść kota lub konia, zapach róży, kawy lub siana, zmiany klimatyczne i t. p. mogły działać antygenicznie t. j. wytwarzać w ustroju stan anafilaksji? Gdyby tak było, ludzie nie cierpiący na astmę stanowiliby rzadkie wyjątki.

Jeżeliby zaś taki sposób leczenia dawał trwalsze uzdrowienia, niż rzeczywiste ataki, (czego ogłoszone obserwacje nie podają), to mechanizm działania wstrzyknięć odczulających (*subintrantes*) musiałby być inny, jak mechanizm wstrząsów spontanicznych, i w takim razie reakcje nie mogłyby być swoiste.

Takie pojęcie stosunku odczynów „wywołujących", „przygotowujących" i leczniczych nie wytrzymuje krytyki. Nie mamy żadnego doświadczalnego dowodu, na to, żeby jakakolwiek antygeniczna substancja, jakieś mikroby, proteiny lub wogóle koloidy mogły wywołać przewlekły stan astmatyczny, wiadomo także, że u zwierząt astma nie występuje nigdy, i to nam potwierdza mniemanie, że stan astmatyczny u człowieka jest najczęściej wynikiem współdziałania wielu różnych czynników antygenicznych.

Bezpośrednia patogenja astmy, w której ataki wywoływane bywają przez specjalne wonie, możnaby sobie przedstawić jako nadwrażliwość umiejscowioną w centralnych węzłach węchowych u osobników o szczególnie wysubtelnionych odpowiednich komórkach węchowych.

Rzeczywiste uzdrowienie takich przypadków astmy polegałoby więc na usunięciu przyczyny tej nadwrażliwości umiejscowionej w centrach i w obwodowym narządzie węchowym

W istocie, o ile tu chodzi o znalezienie rzeczywistego środka leczniczego, głównym przedmiotem badań powinnaby być nie tyle etjologja astmy, t. j. szukanie możliwych swoistych antygenów, które wywołały nadwrażliwość, co jej patogenja, a więc określenie patologicznych zmian, które ten stan nadwrażliwości trwale utrzymują.

Dotychczas szukano przyczyny nadwrażliwości wyłącznie w t. zw. hemo- i koloidoklazji, przyczem jednakże nie wzięto pod uwagę doświadczeń Moro[9]), który stwierdził już blizko 20 lat temu, że odczyny te są normalnym objawem u niemowląt po każdem ssaniu piersi matczynej i towarzyszą u dorosłych wielu normalnym czynnościom ustroju, że są to więc reakcje banalne, nie dające żadnych szczególnych wskazówek, dotyczących stanu chorobowego.

Wyżej podane obserwacje wskazują wyraźnie, że w astmie, w wyprysku, w przypadkach pląsawicy, w niedomaganiach narządu trawiennego, szczepionki jelitowe działają na autonomiczny ustrój nerwowy; niewiadomo jednakże, czy działanie to można uważać za pośrednie czy bezpośrednie, a więc z samych tylko obserwacyj klinicznych trudno osądzić, czy nadwrażliwość nerwowa jest pierwszo- czy drugorzędną patologiczną oznaką stanu anafilaktycznego. Jedynie pewne wskazówki co do zmian patologicznych wywołanych przez nadużycie antygenicznych substancji znajdujemy u koni używanych do przygotowania antytoksycznych i antymikrobowych surowic.

I tak A. Petit i Loiseau[10]) stwierdzili przy sekcji wszystkich takich koni, przerost wszystkich gruczołów krwiotwórczych i wątroby i hyperplazją gruczołów dokrewnych. Możnaby więc przypuścić, że podobne zmiany, chociaż w o wiele mniejszym stopniu, wytwarzają się w ustroju ludzkim i jeżeliby tak było, można sobie patologiczny stan spontanicznej anafilaksji u człowieka, jakoteż patogenją objawów chorobowych przedstawić następująco:

1. Działanie antygenicznych czynników wytwarza pewne trwałe zmiany w równowadze funkcjonalnej ustroju gruczołów hemopojetyczno-dokrewnych, które powodują 2. zmiany w równowadze koloidalnej cieczy ustroju i przez to w metabolizmie wszystkich tkanek, czego wynikiem będzie:

3. nadwrażliwość układu nerwowego i różnie umiejscowiona nadwrażliwość różnych tkanek: skóry (choroby skórne), błon śluzowych (astma, bł. śluz. przewodu pokarm), błony surowicze (reumatyzm stawowy) i t. p.

Takie pojęcie tej sprawy wskazuje, że leczniczy odczyn można otrzymać, działając mniej więcej bezpośrednio lub pośrednio na jeden z tych trzech patologicznych współczynników stanu anafilaktycznego. Niestety, ocenę tych szczegółów możemy tymczasem opierać jedynie na obserwacji klinicznej. Najwięcej miarodajną wskazówką byłaby tu chyba trwałość wyzdrowienia, i dlatego też bardzo ważnem by było możliwie najściślejsze notowanie wszystkich szczegółów leczniczych odczynów a szczególnie ich trwania.

O ile z dotychczas ogłoszonych obserwacji sądzić można, substancje wywołujące wstrząsy działałyby przeważnie na koloidoklazją, zaś substancje wywołujące lecznicze reakcje bez wstrząsów i działające w bardzo małych dawkach (1/1.000 do 1|200.000 migr.) *per os* i podskórnie, odnosiłyby się bezpośrednio do głównej przyczyny nadwrażliwości a więc do układu gruczołowego.

* * *

W jaki sposób działają szczepionki jelitowe?

Prawdopodobną odpowiedź na to pytanie znajdziemy w bliższem poznaniu własności fizyko-chemicznych, fizjologicznych i leczniczych tego preparatu.

Przedewszystkiem zaznaczyć należy, że używane przeważnie szczepionki jelitowe składają się z mikrobów, które przebywają zawsze w jelicie grubem u ludzi każdego wieku, z czego konieczny wniosek, że mikroby te nie wytwarzają w ustroju swoistych niweczników.

Doświadczenia dokonane na zwierzętach i bardzo dzisiaj już liczne próby na ludziach o wyglądzie normalnym jakoteż cierpiących na różnego rodzaju niedomagania wskazują:

1. Króliki, świnki morskie, myszy, psy, znoszą bez żadnego odczynu pierwsze wstrzyknięcia podskórne lub dożylne kilku miligramów szczepionki bez najmniejszej widocznej reakcji. U psa, wstrzyknięcie dożylne kilku centigr. preparatu nie wywołało żadnej zmiany w ciśnieniu. 2. Szereg zastrzyknięć podskórnych i dożylnych 0,1 mlgr. wywołuje u królika pewien stopień nadwrażliwości. 3. U ludzi zdrowych, zastrzyknięcie podskórne dawki 0,01 mlgr. albo wypicie 0,1 mlgr. wywołuje często lekką reakcję lokalną, często poliurję, biegunkę, czasem zatwardzenie, mdłości, migrenę. 4. U chorych, jak to widzieliśmy w obserwacjach, patologiczne objawy mogą wywołać dawki 1|1.000 do 1|10.000 mlgr., lecznicze reakcje, bez wstrząsu, dawki 1/1.000 do 1/2 000.000 mlgr. 5. Z prób leczniczych, powtarzanych u tych samych chorych co kilka tygodni lub co kilka lat (Obs. V) wynika, że używana w bardzo małych dawkach szczepionka jelitowa, podobnie jak tuberkulina nie wytwarza swoistej nadwrażliwości.

---

[8]) Walker. Studies of the cause and the treatment of bronchial Asthma. Journ. of the am. med. assoc. t. 69 A. p. 363. 4. sierpnia 1917.

[9]) Moro. D'après Claude, Santenoise et Schiff. Variations digestives du taux leucocytaire. Annales de Médecine T. XIV, Nr. 1, Juillet 1923.

[10]) A. Petit et Loiseau. Bull. de la Sociéte de Biol. 1908, p. 869.

Co do własności fizycznych, szczepionki jelitowe wytrzymują bez zmiany wartości kilkorazowe ogrzanie do 100° C, wystarczające do zabicia zarodników mikrobowych.

Badanie chemiczne płynu, po odcedzeniu mikrobów wskazuje obecność fosforanów, soli wapniowych, kwasów aminowych, przeważnie dwuaminowych. — Niema zupełnie substancji białkowych.

Z tego ogólne wnioski:

1. Pod względem własności fizyko-chemicznych, szczepionka jelitowa zbliża się najwięcej do tuberkuliny; w działaniu swem na ustrój, do działania tuberkuliny na ustrój zakażony gruźlicą.

2. Szczepionka jelitowa nie jest proteotoksyczna dla zwierząt, jest zaś wyraźnie proteotoksyczna dla ludzi normalnych i bardzo silnie proteotoksyczna dla nadwrażliwych. Ludzie nie reagujący na wstrzyknięcie 0,01 mlgr. stanowią rzadkie wyjątki.

3. Mikroby jelitowe żyją z organizmem w pewnym stopniu symbiozy, która wskutek zaburzeń narządu trawiennego, może przejść w stan przewlekłego zakażenia i stać się przyczyną nadwrażliwości.

Głównym celem tej rozprawy było nie tyle wznowienie dyskusji przeważnie znanych faktów, ile wskazanie nowej orjentacji dalszych badań w tym kierunku, opartych na nowem pojęciu natury spontanicznej anafilaksji i jej objawów w ludzkim ustroju, a mianowicie, na ściślejszym określaniu patologicznych znamion anafilaksji, jakoteż mechanizmu antyanafilaktycznych zabiegów.

Dotychczasowe próby lecznicze, oparte przeważnie na materjale, który nie doczekał się jeszcze syntetycznego zebrania, odbywają się bez porządku, bez żadnej myśli przewodniej. To też w ogłaszanych obserwacjach brak najczęściej szczegółów, któreby najwięcej do poznania mechanizmu reakcji pomogły.

Ta sama niepewność panuje w wyborze leczniczych antygenicznych substancji; a przecież ważnem by było dla dalszych skutków postępowania leczniczego pamiętać o tem, że nie tylko obce surowice, mleko i pochodne mleka, deutero albumozy i polipeptydy [11]), ale nawet własna krew wstrzykiwana parenteralnie [12]), mogą wywołać silne wstrząsy a zatem wzmagać z czasem istniejący już stan anafilaktyczny ze szkodą dla chorego.

Nowe metody lecznicze, oparte na własnościach proteotoksycznych i antyanafilaktycznych pewnych substancji, wymagają nowych metod badania, a mianowicie szeroko pojętej współpracy doświadczalnych zakładów i klinik.

Wobec często bardzo dodatnich wyników proteino- albo bakterjoterapji swoistej, trudno lekarzowi odradzać stosowania tych metod, ale nie można nie przyznać, że dalsze takie postępowanie, nie oparte na żadnych teoretycznych podstawach, byłoby prawdziwym anachronizmem wobec powszechnego dzisiaj dążenia do oceny wartości klinicznych objawów, zapomocą ściśle naukowych badań doświadczalnych.

Teoretyczne pojęcia prowadzą czasem na fałszywe drogi, ale wiadomo, że nieomylność nie jest koniecznym warunkiem płodności teorji. Teorja zawsze będzie płodną, jeżeli wyznaczy ściśle określone drogi dla nowych prac doświadczalnych, które nigdy nie pozostaną bez korzyści.

I tak pojęcie o konieczności swoistych reakcji i połączone z niem ścisłe metody badania wydało obfity plon odkryć nietylko w lecznictwie, ale i w ogólnej biologji. Obecnie, wobec szeregu niezbitych faktów, wytłumaczenie nieswoistych reakcji wymaga nowych teoretycznych pojęć, nowych ścisłych wskazówek dla dalszych badań doświadczalnych, nowych metod, nowej organizacji pracy.

Jako szczegółowe wskazówki dalszych badań opartych na pojęciu wieloznaczności spontanicznej anafilaksji u człowieka, nieswoistości objawów anafilaktycznych i antyanafilaktycznych, jakoteż prawdopodobnych funkcjonalnych zaburzeń ustroju gruczołowego i wegetatywnego, można tu podać:

1. Konieczność bardzo szczegółowych klinicznych rozbiorów stanu chorobowego, sprawdzanych analizą cieczy ustroju, moczu, kału i t. p.

2. Szczegółowe porównawcze notowanie w obserwacjach wszystkich zmian wynikających z postępowania leczniczego i trwałość otrzymanych wyników [13]).

Jedynie z porównań całych szeregów takich szczegółowych obserwacji, dotyczących skutecznych i bezskutecznych wyników, będzie można wyciągnąć ściślej określone wnioski.

Wreszcie hypoteza symbiotycznego stosunku mikrobów jelitowych do ustroju, pociągająca za sobą konieczność ustawicznej wymiany pewnych, prawdopodobnie hormonicznych substancji, pomiędzy cieczami ustroju i błoną śluzową grubego jelita, która bezwątpienia wchłania wydzieliny żyjących tamże mikrobów, otwiera, zupełnie jeszcze dziewicze pola dalszych ciekawych badań.

Nie mniej ciekawe wyniki dadzą także badania dotyczące fizjologicznych, proteotoksycznych własności beztlenowców żyjących w jelitach, jakoteż próby hodowania bardzo licznych gatunków mikrobów flory jelitowej, których dotąd nie udało się wyhodować na sztucznych pożywkach.

Doc. Dr. Jan GREK. Lwów.

O stosowaniu dożylnem cukru gronowego w chorobach serca*).

(Z kliniki chorób wewnętrznych Uniw. J. K. we Lwowie Dyrektor: Prof. Dr. R. Rencki.)

Leczenie schorzeń serca zapomocą wlewania dożylnego hypertonicznych roztworów cukru gronowego wprowadził do lecznictwa T. Büdingen, wychodząc z założenia, że cukier we krwi stanowi najważniejszą pożywkę dla pracującego serca, brak zaś odpowiedniej ilości tego materjału odżywczego odgrywać może zasadniczą rolę w bardzo wielu przypadkach chorób. W roku 1914, ogłosił poraz pierwszy o korzystnych wynikach, jakie mu dały dożylne wstrzykiwania roztworu cukru gronowego, a te korzystne wyniki miały być następstwem doprowadzenia w pewnym nadmiarze cukru gronowego do mięśnia sercowego, intenzywniejsze odżywienie jak również obfitsze nagromadzenie glykogenu w mięśniu sercowym. Początkowe dodatnie wyniki zachęciły Büdingena do stosowania tego leczenia na większym materjale, u chorych w swojem sanatorjum dla chorób serca. Przy tej sposobności przeprowadzał u takich chorych systematyczne oznaczania ilości cukru we krwi, a badania te w rezultacie wykazywały u wielu chorych zmniejszoną ilość procentową cukru, pewien stan »hypoglikemji«. Tę »hypoglikemję« stwierdzić mógł przedewszystkiem w przypadkach, w których podmiotowe dolegliwości polegały na uczuciu ucisku i bólach w okolicy serca, ogólnem wyczerpaniu i łatwem męczeniu się, zaś przedmiotowo, prócz wyżej wspomnianej »hypoglikemji«, stwierdzić było można wybitnie głuche tony nad podstawą serca. Hypoglikemja stanowiła u takich chorych najważniejszy, dotychczas nie uwzględniany objaw i tego rodzaju schorzenia zaliczył on do osobnej grupy, której nadał nazwę »Kardiodystrophia«. Jeżeli przy takich schorzeniach poziom cukru we krwi był poniżej 0·06%, były to przypadki Kardiodystrofji prawdziwej z bezwzględną hypoglikemją, tam zaś, gdzie powyżej wspomnianym objawom podmiotowym nie towarzyszą niskie ilości cukru, ma się do czynienia z hypoglikemją względną.

W pewnych przypadkach kardiodystrophia stanowi samoistną jednostkę chorobową, w innych zaś schorzeniach, np. ostrych lub przewlekłych zapaleniach mięśnia ser-

---

[11]) Gildenmeister u. Seiffert. Zur Frage der Anaphylaxiegefahr bei Proteinkörpertherapie. Ber. Klin. Woch. 1921, Nr. 24.

[12]) Fr. Moutier et Y. Rachet. Incidens et accidents de l'anthémothérapie. La Presse Médicale 1923, Nr. 65, p. 808.

[13]) N. p. w przypadkach astmy, w których oznaczono wrażliwość skóry na pewne substancje, bardzoby było pożądanem sprawdzić tąż samą wrażliwość w jakiś czas po wyleczeniu.

*) Odczyt wygłoszony na posiedzeniu naukowem Tow. Lek. Lwowskiego dnia 13. VI. 1924 r.

cowego, zwapnieniu tętnic wieńcowych serca, dusznicy bolesnej, wadach zastawkowych, wyczerpaniu mięśnia sercowego wskutek wpływów toksycznych w chorobach zakaźnych, mogą występować stosunki, jak przy kardiodystrofji. W wyżej przytoczonych przypadkach stwierdza się często hypoglikemję, niekiedy jednak poziom cukru we krwi leży w granicach prawidłowych, schorzenie jednak mięśnia sercowego lub też zmniejszenie dopływu krwi przez zmienione chorobowo tętnice wieńcowe, zmniejsza zdolność serca pobierania i zużytkowania cukru znajdującego się we krwi.

We wszystkich takich przypadkach samoistnej lub następowej kardiodystrofji wprowadzał Büdingen wysokoprocentowe roztwory cukru gronowego dożylnie, uzyskiwał przez to zwiększoną zawartość cukru we krwi, w następstwie czego otrzymywał w przypadkach samoistnej kardiodystrofji często zupełne wyleczenie, w przypadkach wyczerpania mięśnia sercowego ustąpienie dolegliwości podmiotowych przy podniesieniu sprawności serca, zaś w dusznicy bolesnej wybitną poprawę stanu serca, utrzymującą się zwykle przez czas dłuższy.

Zapatrywania i metoda Büdingena zdawała się mieć wszelkie dane powodzenia. Na podstawie jego doświadczeń spodziewać się można było, iż wprowadzanie dożylne hypertonicznych roztworów cukru gronowego wzbogaci nasz arsenał środków sercowych, działających korzystnie, jeżeli nie we wszystkich, to przynajmniej w pewnych schorzeniach serca.

Dotychczas znane doświadczenia, przeprowadzane na wyciętych sercach zwierząt, szły po myśli zapatrywań Büdingena. I tak: Locke i Rosenbaum, Neukirch i Rona stwierdzili, iż zwiększenie ilości cukru gronowego w płynie odżywczym zwiększa wybitnie czynność wyciętego serca królika, zaś Berblinger w sercu takiem mógł stwierdzić histologicznie większą zawartość glykogenu w wiązce Hissa, jak również wogóle w mięśniu sercowym. Nie bez znaczenia dla zapatrywań Büdingena był również spostrzegany fakt, iż dusznica bolesna u chorych z cukrzycą, a więc przy zwiększonej ilości cukru we krwi, często przebiega łagodniej.

Stosując sposób leczenia chorób serca, podany przez Büdingena, liczni autorowie zwrócili przedewszystkiem swą uwagę na najważniejszy objaw »Kardiodystrofji« Büdingena, a mianowicie na »hypoglikemję«. Travers przeprowadził oznaczenia ilości cukru we krwi u 102 chorych z rozmaitemi schorzeniami serca, przekonał się jednak, że poziom cukru chorych sercowo waha się zawsze w granicach prawidłowych. Nawet u tych chorych, u których stwierdzić można było wszelkie charakterystyczne objawy, podane przez Büdingena dla jego »Kardiodystrofji«, a mianowicie: ucisk w okolicy serca, wyczerpanie, pewną niedomogę, głuche tony nad podstawą serca, znajdywał zawsze normalne wartości cukru we krwi. Ten normalny poziom cukru stwierdzał nietylko u chorych z nieznacznemi stosunkowo dolegliwościami podmiotowemi, lecz także u chorych z wadą serca, w mniejszym lub większym stopniu niewyrównania, w okresach poprawy lub pogarszania się stanu serca. W przypadkach niewyrównania znacznego stopnia, zakończonych śmiercią, stwierdzić mógł nawet nieznaczne podwyższenie poziomu cukru. Do podobnych wyników w badaniach swoich doszedł między innymi Izaak a także Niemeyer, który na 63 sercowo chorych w jednym tylko przypadku (insufficientia mitralis) znalazł słabo zaznaczoną »hypoglikemję«; wstrzykiwania dożylne roztworów cukru nie dały tu jednak korzystnego wyniku.

Jak widzimy, badania wyżej przytoczonych autorów stoją w pewnej sprzeczności z wynikami badań Büdingena. Autor ten na podstawie niskiego poziomu cukru we krwi potrafił nietylko wyodrębnić osobną jednostkę chorobową serca — Kardiodystrophia hypoglykaemica — lecz również oparł swe zapatrywania na przyczyny powstawania pewnych schorzeń serca, w dalszym zaś ciągu potrafił uzasadnić celowość leczenia chorób serca zapomocą doprowadzania roztworów cukru gronowego do krwi. Wprawdzie na 220 swoich badań krwi u chorych sercowych znalazł tylko w 12-tu przypadkach czystą Kardiodystrophia hypoglykaemica, w każdym razie uderza fakt, że innym autorom nie udało się potwierdzić wyników Büdingena.

Tę rozbieżność wyników da się chyba tylko wytłumaczyć w ten sposób, że przypadki chorób serca z hypoglikemją, spostrzegane przez Büdingena, pochodzą z roku 1915-1916, a więc z czasów wielkiej wojny, kiedy ogólne odżywianie się ludności w Niemczech było po największej części bardzo niedostateczne. Możnaby więc przypuszczać, że ten stan lichego, niedostatecznego odżywiania się w szerokich kołach ludności wpłynął na obniżenie się poziomu cukru we krwi w pewnej liczbie przypadków. Za tem przemawiałaby i ta okoliczność, że hypoglikemję stwierdzał Büdingen przedewszystkiem u chorych z pomiędzy ludności cywilnej, a więc u tych, którzy w pierwszym rzędzie cierpieli z powodu niedostatecznego odżywiania się, zaś z pomiędzy 15-tu żołnierzy, przywiezionych wprost z frontu z objawami kardiodystrofji, tylko u jednego znalazł niskie wartości cukru w granicach 0·05—0·06%, a ci żołnierze właśnie, przebywający na froncie, byli żywieni, jeżeli nie obficie, to w każdym razie dostatecznie, normalnie.

W ten sposób możnaby znaleźć wytłumaczenie wyników badań Büdingena, różnicę ich z wynikami badań innych autorów. Fakt, że u takich chorych po pewnym czasie leczenia poziom cukru we krwi podnosił się, osiągnął normalne granice był następstwem poprawy zaburzeń w odżywianiu, dzięki właśnie lepszym warunkom ogólnym, w jakich się chorzy, będąc w szpitalu, znaleźli. Jeżeli więc w ten sposób odpadnie najważniejszy objaw »Kardiodystrofji« Büdingena t. j. »hypoglikemja«, istnienie tej odrębnej jednostki chorobowej wydaje się wielce problematycznem.

Jak już wyżej wspomniałem, sposób Büdingena leczenia chorób serca zapomocą dożylnych wlewań hypertonicznych roztworów cukru gronowego znalazł licznych naśladowców. Wyniki lecznicze, jakie osiągali inni autorowie, na ogół nie były w skutkach swych zbyt dodatnie. Literatura w tym kierunku jest dość obszerną, ograniczę się jednak do przytoczenia prac tylko niektórych autorów. Pfalz wlewaniami dożylnemi cukru uzyskał poprawę w 5-ciu przypadkach dusznicy bolesnej, ustąpienie pulsus irregularis perpetuus, wzmocnienie akcji serca. Izaak w pięciu przypadkach niedomogi mięśnia sercowego, nie stwierdzając wprawdzie istnienia hypoglikemji, po jednorazowem wprowadzeniu dożylnem cukru gronowego widział podmiotową poprawę. Travers, stosując powyższe leczenie w przypadkach wyrównanych wad serca, lekkiej dusznicy bolesnej, jakoteż w przypadkach rozpoczynającej się niedomogi serca, miał wrażenie — jak się wyraża — że we wlewaniach dożylnych cukru ma się tylko do czynienia z dodatnim czynnikiem psychicznym, mającym zresztą również pewną wartość leczniczą. Dodaję przytem, że, aczkolwiek wlewania dożylne roztworu cukru nie mają znaczenia środka nasercowego, to jednak ten sposób leczenia może oddać niemałe usługi w innych cierpieniach, jak w przypadkach ogólnego wyczerpania, po silnych utratach krwi, zubożeniu organizmu w wodę i t. p.

Niemeyer leczeniu powyższemu poddał 63 chorych z rozmaitemi schorzeniami serca: jak wady zastawkowe, dusznica bolesna, zwyrodnienie mięśnia sercowego, niedomoga serca przy przewlekłem zapaleniu nerek, niedomoga serca przy tętniaku aorty. Wyniki jego badań dadzą się streścić w następujących kilku zdaniach: chorzy sercowo nie wykazują częściej stanów hypoglikemji, aniżeli zdrowi; przez wstrzykiwania dożylne roztworów cukru, nawet powtarzanych przez czas dłuższy, nie udaje się podnieść na stałe poziomu cukru we krwi, a wreszcie, w przypadkach organicznych wad serca wlewania dożylnie cukru nie przynosiły wprawdzie szkody, ale także nie widział dodatnich wyników. Jedynie tylko u chorych dotkniętych miażdżycą, a skłonnych do skurczów naczyniowych, widział napady bolów głowy, napady dusznicy bolesnej, jakoteż bóle wzdłuż tętnicy udowej.

Że wprowadzanie dożylne roztworów cukru gronowego nie zawsze jest dla chorych obojętne, wskazywałby przypadek Klewitza i Kirchheima, dotyczący chorego z przewlekłem zwyrodnieniem mięśnia sercowego. W następstwie wstrzyknięcia 100 cm^3 hypertonicznego roztworu cukru stan

znacznie się pogorszył i w niedługim czasie zakończył się śmiercią. W drugim przypadku, spostrzeganym przez autorów, wystąpiło po wstrzyknięciu silne osłabienie serca wraz z objawami obrzęku płuc, objawy te jednak po pewnym czasie ustąpiły. Powikłania podobne tłumaczą autorowie obciążeniem prawej komory serca przez wprowadzenie dożylne większej ilości płynu, co zwiększyć może jeszcze bardziej już i tak istniejącą w takich przypadkach niedomogę serca. Filiński przytacza dwa przypadki, jeden z przewlekłem zapaleniem nerek, drugi z przerostową marskością wątroby, w których wstrzyknięcie 20 cm³ 50% cukru gronowego sprowadziło po 15 min. uczucie lęku, wybitną sinicę, gwałtowne dreszcze, silne przyśpieszenie akcji serca i podniesienie ciepłoty do 40° C. Stan ten trwał przez kilka godzin i ustąpił po energicznych zabiegach leczniczych. Przypadłości te uważa autor jako objaw wstrząsu, który przejawił się w osłabieniu akcji serca i w odpływie krwi z naczyń obwodowych do narządów wewnętrznych. Moraczewski i Lindner, wstrzykując nawet 50 gr. dekstrozy w 50% roztworze, nie zauważyli wpływu ani na ciepłotę, ani na obraz krwi.

W uznaniu doniosłości wyników leczniczych Büdingena, przystąpiliśmy do planowego stosowania powyższego leczenia na większym materjale naszej kliniki, a spostrzeżenia nasze, prowadzone systematycznie, rozciągnęły się na okres półtora roku. Chcieliśmy nabrać doświadczenia, o ile ten sposób, tak powszechnie stosowany, może mieć znaczenie w leczeniu przedewszystkiem chorób serca. Przy badaniach tych u chorych naszych oznaczaliśmy ilość cukru we krwi, parcie krwi, zachowanie się tętna, zachowanie się ilości moczu, przeprowadzaliśmy również badania krwi. Przestrzegaliśmy prawideł podanych przez Büdingena, a więc wlewaliśmy dożylnie 15—20% roztwór cukru gronowego w ilości: 120—150 cm³ na dawkę, ilość mniejszą od tej, jakiej używał Büdingen, którego dawka zwykle wynosiła 200—250 cm³ podobnego roztworu. Zwracaliśmy pilną uwagę, aby woda używana do roztworu była świeżo przekroploną, cukier gronowy chemicznie czysty, bez obcych domieszek, a przedewszystkiem wolny od lewulozy, aby temperatura płynu wlewanego odpowiadała ciepłocie ciała, jak również przestrzegaliśmy wszelkich zasad aseptyki. Wlewania powtarzaliśmy u jednego i tego samego chorego kilkakrotnie 5—10 razy, w odstępach 3—4 dniowych.

Zaznaczyć przedewszystkiem muszę, że u żadnego z naszych chorych nie udało nam się stwierdzić nieprawidłowo niskiego poziomu cukru we krwi, a więc stanu hypoglikemji, która ma być charakterystyczną dla »Kardiodystrofji« Büdingena. Bezpośrednio po wykonanych wlewaniach ilość procentowa cukru wyraźnie się zwiększała, dochodząc do 0.20 procent, a nawet i wyżej, w krótkim jednak czasie procent cukru obniżał się jednostajnie i szybko tak, iż w 2—4, a najwyżej 6-ciu godz. osiąga znowu swój pierwotny poziom. Wyniki, jakie uzyskaliśmy na naszym materjale dadzą się przedstawić w krótkości następująco: Chorzy z miażdżycą tętnicy głównej i tętnic obwodowych, z objawami powtarzających się ataków dusznicy bolesnej, naogół wstrzykiwania cukru gronowego znosili zupełnie dobrze. Parcie krwi oznaczane przyrządem Riva Rocci bezpośrednio po wlewaniach podnosiło się o 15 do 20 mm rtęci, w przeciągu 1—2 godz. wracało jednak do pierwotnej wysokości. Ilość wykonanych wstrzyknięć u jednego chorego wynosiła 5—6, powtarzanych co 3—4 dni. U jednego tylko chorego po czwartej injekcji w dwie godziny wystąpił krótkotrwający dreszcz, ciepłota podniosła się do 38° C, chory zaś począł się skarżyć na uczucie opasującego bólu w klatce piersiowej i bólu w okolicy serca; dolegliwości te w krótkim czasie ustąpiły. Zwiększenie ilości moczu było tylko nieznaczne i trwało czas krótki. Poza temi objawami jakiegoś dodatniego wpływu na stan serca i naczyń zauważyć nie było można, a chociaż chorzy początkowo chętnie poddawali się zabiegowi, później jednak, w miarę powtarzanych wstrzyknięć na brak jakiegokolwiek dodatniego wyniku sami zwracali uwagę.

U chorych z procesem miażdżycowym i przewlekłem zwyrodnieniem mięśnia sercowego w okresie niewyrównania, parcie krwi, bezpośrednio po wstrzyknięciu 150 cm³ 17—20 procentowego rozczynu cukru, obniżało się przejściowo zwykle o + 10 mm słupka rtęci. Małe dolegliwości pod postacią uczucia lekkiego ucisku w okolicy serca, przemijającej duszności i lekkiej sinicy, jak również stanu podgorączkowego, występującego po małych dreszczach, niezbyt dokuczały chorym. Jednak i w tych przypadkach dodatniego oddziaływania na samo cierpienie zauważyć nie było można, aczkolwiek wlewania dożylne cukru prowadzone były systematycznie i powtarzane 7—10 razy u jednego chorego w odstępach 4—5 dniowych.

Chorzy z wadą zastawki dwudzielnej, w okresie niewyrównania, znosili naogół wlewanie roztworów cukru dobrze, nieznaczne bowiem dreszcze, jakoteż lekkie wzniesienie ciepłoty, jakie niekiedy po wlewaniach występowały, jak również krótkotrwały niepokój lub duszność niezbyt chorym dokuczały. Parcie krwi obniżało się nieznacznie bezpośrednio po wlewaniach, wracało jednak wkrótce do poprzedniego stanu. Dodatniego działania tego leczenia na sam przebieg choroby zauważyć nie było można w żadnym przypadku. Natomiast u jednej chorej z niedomykalnością zastawki dwudzielnej i ze zwężeniem ujścia żylnego lewego w okresie niewyrównania, bezpośrednio po wlaniu 150 cm³ 20% cukru gronowego wystąpił silny zapad z niepokojem, dusznością, wybitną sinicą i tętnem nitkowatem. Stan taki groźny przeciągał się przez parę godzin, zwolna jednak ustąpił pod wpływem zastosowania podskórnie kofeiny i olejku kamforowego.

Dobre wyniki lecznicze, jakie uzyskał Büdingen w przypadkach Endocarditis lenta, zachęciły i nas do prób w tym kierunku, niestety i tu nadzieje nasze zawiodły. Wlewania dożylne roztworu cukru po większej części wywoływały u takich chorych niepokój, przyśpieszenie tętna, bóle w okolicy serca, częste dreszcze i zwyżki ciepłoty, nie przynosiły natomiast żadnej poprawy w stanie chorych.

Nie lepsze wyniki osiągnęliśmy również w przypadkach zapalenia wysiękowego opłucnej i gruźliczego zapalenia otrzewnej.

Brak dodatnich wyników leczniczych u naszych chorych zniechęcił nas do tego leczenia. Trudno bowiem za dodatni wynik uważać uczucie podmiotowej poprawy lub ulgi, jakie niektórzy chorzy bezpośrednio odczuwali po wstrzyknięciach, tembardziej, że poprawy te nie trwały długo i raczej odnieść je należało do wpływów psychicznych, a nie do odżywczych własności wprowadzonego cukru na mięsień sercowy. Przytem wlewanie dożylne roztworów cukru, przeprowadzane nawet z całą ścisłością, według wymogów Büdingena, przy zachowaniu ścisłej aseptyki, nie zawsze mogą nas uchronić przed nieprzyjemnemi powikłaniami, jak to wyżej wspomniałem. Wprawdzie przypadłości, jakie pojawiały się u naszych chorych nie były zbyt ciężkie i niepokojące, z wyjątkiem jednego naszego przypadku, powyżej wspomnianego, ustępowały w krótkim czasie bez jakichkolwiek złych następstw, mogą się jednak wyjątkowo skończyć nawet tragicznie, jak w przypadku Klewitza i Kirchheima.

O ile wprowadzenie do krwiobiegu większej ilości hypertonicznego roztworu cukru gronowego np. 150—250 cm³, a przez to samo podniesienie poziomu cukru przynajmniej na czas krótki, na kilka lub nawet na kilkanaście godzin, może mieć teoretyczne uzasadnienie w myśl wywodów Büdingena, iż nienależycie odżywiany, a przez to źle pracujący mięsień sercowy z tego do pewnego stopnia nadmiaru cukru we krwi skorzysta, zużyje go, względnie przemieni na glykogen, to wstrzykiwania dożylne, nawet codzienne 10—20% roztworów cukru w ilości małej np. 10 cm³, a więc wprowadzenie jednorazowo 1—2 gr. cukru gronowego, jak to bardzo często bywa obecnie stosowane w praktyce prywatnej, nie może mieć chyba wpływu odżywczego na mięsień sercowy, co najwyżej tylko stanowić będzie w pewnych przypadkach dodatni moment psychiczny.

Leczenie chorób sercowych, wprowadzone przez Büdingena nie dało dodatnich wyników, nie pomnożyło naszych środków leczniczych, jednak wielką zasługą tego autora pozostanie zawsze, iż zwrócił uwagę na możliwość, zresztą już przedtem znaną, wprowadzania dożylnego hypertonicznych roztworów cukru gronowego, nawet w większych ilościach, które w przypadkach silnego wyczerpania, większej utraty

krwi, zubożenia organizmu w wodę i t. p. bez wątpienia może mieć duże dodatnie znaczenie, przynosząc takim chorym większą korzyść, aniżeli fizjologiczny rozczyn soli kuchennej.

Dr. med. J. MERENLENDER. Warszawa.

O pęcherzycy odosobnionej (pemphigus vulgaris) jamy ustnej.

Wykwity pęcherzycowe jamy ustnej mogą być objawami towarzyszącemi ogólnej pęcherzycy pospolitej, która jak wiadomo, umiejscawia się przeważnie na skórze tułowia i kończyn; zajęcie jamy ustnej jest naogół złą oznaką pod względem rokowania. Natomiast przypadki pęcherzycy odosobnionej jamy ustnej, t. j. bez zajęcia powłoki skórnej i o łagodnym przebiegu spostrzega się nader rzadko.

Należy zaznaczyć, że niektórzy autorzy (Bettman, Buschke) oddzielają ten obraz chorobowy od pęcherzycy pospolitej i nazywają go *»pemphigus localis«*, t. j. pęcherzyca umiejscowiona, która się zdarza i na skórze samej, zaznaczając skłonność tej zlokalizowanej pęcherzycy do nawrotów, ale wyłącznie w tych samych miejscach.

Inni autorzy podają przypadki pęcherzycy odosobnionej jamy ustnej, gdzie kwestja przynależności ich do pęcherzycy pospolitej nie ulega wątpliwości, gdyż wykwity w jamie ustnej były zwiastunami ogólnej pęcherzycy, która się jednak zjawiała po niejakim czasie.

Taki przypadek był opisany w 1922 roku przez Raula Becco: u jednego z dwóch spostrzeganych chorych z pęcherzycą, umiejscowioną na śluzówce jamy ustnej, wystąpiła po $2^1/_2$ miesiącach pęcherzyca na całem ciele. Analogiczne jest spostrzeżenie Łapowskiego, w którem pęcherze na skórze wystąpiły w 2 lata później, niż wykwity na śluzówkach (wargi, podniebienie, migdały)

Z dostępnego mi piśmiennictwa wymienię jeszcze: spostrzeżenie Bussy'ego i Rosnoblet'a, w którem pęcherzyca była umiejscowiona tylko na podniebieniu, śluzówce nosa i spojówce oka; przypadek Clark'a, u 43 letniej chorej zjawiła się pęcherzyca w ustach wskutek źle siedzącej protezy (pęcherze się zagoiły, ogólnie chora czuła się potem dobrze) i przypadek Buschke'go — mężczyzna z izolowaną pęcherzycą jamy ustnej i wejścia do gardła, u którego choroba trwa od kilku lat i nawroty zjawiają się w tych samych miejscach w kikutygodniowych odstępach.

Tak rzadki przypadek [1]) pęcherzycy odosobnionej jamy ustnej miałem możność spostrzegać w lecie 1923 roku:

Chory L. L, lat 43-ch, z zawodu handlarz starzyzną, zgłosił się do mnie 8. VI. 1923 r. ze skargami na palenie w ustach i bóle przy połykaniu. Z wywiadów okazało się, że zachorował nagle 2 tygodnie temu; miał gorączkę, dreszcze i jednocześnie uczuł palenie w ustach, w lustrze zobaczył, że w ustach zjawiły się pęcherzyki; bólów gośćcowych nie miał. Chorób poważniejszych przedtem nie miał, a o zakażeniu kiłowem nic nie wie.

W ostatnim tygodniu schudł i gorzej wygląda. Lekarstw żadnych nie brał.

Stan chorego przedstawiał się, jak następuje: mężczyzna szczupły, średniego wzrostu, o prawidłowej budowie, miernie odżywiony, nieco blady; ciepłota — nie podwyższona.

Na skórze tułowia, kończyn i twarzy, poza czyrakami, zmian niema.

Aparat chłonny, narządy wewnętrzne, układ nerwowy — bez zmian. Jama ustna: na twardem i miękkiem podniebieniu, na języczku, na śluzówce języka i warg widoczne są bardzo liczne nadżarcia czerwone, niektóre lekko kr awiące i pokryte powłoką włóknikową, otoczone strzępami nabłonka; zmiany te są ostro odgraniczone i bolesne. Na tylnej górnej części języka pozatem widać wyraźnie 2 pęcherzyki wielkości drobnego grochu. Badanie krtani zmian nie wykazało, spojówka oka bez zmian.

Objaw Nikolskiego (polega na tem, że przy uciskaniu palcem na powierzchnię skóry ew. śluzówki, nie zajętej przez wykwity pęcherzycowe stwierdza się że naskórek ew. nabłonek oddziela się bardzo łatwo) — ujemny. Mocz — bez zmian. Odczyn Bordet-Wassermanna — ujemny.

Wzór krwi: Ilość ciałek białych i czerwonych w granicach normy; pozatem wielojądrzastych obojętnochłonnych 64%, limfocytów 16%, jednojądrzastych 14%, przejściowych form 4%, eozynochłonnych komórek 2%. Czyli — komórki eozynochłonne są w granicach normy, natomiast jest znacznie powiększona liczba leukocytów jednojądrzastych (prawidłowy wzór krwi wykazywałby tylko 5%).

Wreszcie aspirowana treść jednego z pęcherzyków na języku wykazała jałową zawartość (kilka leukocytów w polu widzenia, brak bakterji[2]).

Rozpoznanie: mamy do czynienia z nadzwyczaj rzadkim przypadkiem pęcherzycy odosobnionej jamy ustnej w rzadkiej i dobrotliwej postaci. Przy różnicowaniu należałoby wykluczyć: 1) kiłę — w danym przypadku wywiady, odczyn Bordet-Wassermanna, badanie skóry dały wynik ujemny; pozatem nie było nacieczenia, nie było barwy swoistej (opalescencji); 2) rumień wielopostaciowy wysiękowy; bywają coprawda bardzo rzadkie przypadki z umiejscowieniem odosobnionem w jamie ustnej (Łukasiewicz), lecz pęcherze są wtedy nie tak powierzchowne jak przy pęcherzycy, powstają wolniej, nie są jednokomorowe, nie pękają tak łatwo, niema rozwoju napadowego.

Przypadek wyżej opisany jest znamienny a) z powodu umiejscowienia odosobnionego w jamie ustnej; jako prawidło, spostrzegamy tworzenie się pęcherzycy na błonach śluzowych jamy ustnej, powiek, krtani współcześnie ze zmianami skóry. b) Z powodu rokowania — zajęcie śluzówki jamy ustnej uchodzi zwykle za zły objaw prognostyczny pęcherzycy.

W danym przypadku, jak to jednak w znikomej odsetce jest możliwe, choroba kończy się wyzdrowieniem, mimo wyłącznego zajęcia jamy ustnej. Przypadek ten należałby do łagodnych, a rzadko zdarzających się. Nie wykluczone jest jednak, że obecne zmiany w jamie ustnej mogą poprzedzać wybuch pęcherzycy ogólnej, jak to n. p. spostrzegał Łapowski. Chorego tego niestety nie mogliśmy dłużej obserwować, gdyż był on z prowincji i po 8 dniach obserwacji wyjechał.

Etjologja w danym przypadku jest nieznana. Wogóle o przyczynach pęcherzycy nie wiemy obecnie nic pewnego. Poza teorją nerwową, z samozatrucia, pasożytniczą — pociągającą w danym przypadku byłaby teorja Pernet'a o zakażeniu. Istotnie chory jest z zawodu handlarzem starzyzną; mając do czynienia ze staremi, używanemi sprzętami, noszoną odzieżą, mógł mieć okazję do zakażenia.

Przyczynowego leczenia pęcherzycy właściwie nie znamy. Leszczyński zastrzykuje dożylnie chininę; ostatnio niektórzy stosują urotropinę dożylnie, a Lenartowicz robi podskórne zastrzyki zawartości pęcherzy; inni znów autorzy otrzymali dobre wyniki po zastosowaniu autohemoterapji.

U opisanego chorego stosowane były: płukanie ust wodą utlenioną, przypalanie 1% roztworem azotanu srebra i czerwone światło (Sollux) z dobrym wynikiem.

Piśmiennictwo.

1) R Bernhardt Choroby skóry. 1922. — 2) M. Joseph Hautkrankheiten. 1918. — 3) Riecke. Lehrbuch d. Haut- und Geschlechtskr 1923. — 4) Bussy et Rosnoblet. Lyon méd. 130. 1921. — 5) Clark. Centralblatt für Haut und Geschlkr. B. II. str. 347. — 6) Buschke. Centralblatt f. Haut. und Geschlkr. B III. str. 341. — 7) Becco, Raul. Zentralblatt f. Haut. und Geschlkr. B. VIII. str. 177. — 8) Łapowski. Centralblatt f. Haut und Geschlkr. B. VI, str. 443. — 9) Mracek. Handbuch d Hautkrankheiten.

[1]) Demonstrowany 15. VI. 1923 r. na posiedzeniu naukowem w Szpitalu na Czystem.

[2]) Ostatnio Lipschütz opisał wykryte w zawartości pęcherzy pierwotniaki (cystoplasma oviforme i anaplasma liberum) a Carrera Hiszpania) znalazł w 1922 r w posiewie krwi gram dodatnie diplokoki trochę większe niż pneumokoki.

Wykład kliniczny.

Władysław BIERNACKI Wilno.

Błędy odczynu Wassermanna.

Dokończenie.

Sprawa antygenów jest również bardzo poważna. Że niejednokrotnie wyniki badania zależą bezpośrednio od użytego antygenu jest to fakt pewny i łatwy do sprawdzenia [5]).

[5]) Niedawno jeszcze Tillgren stwierdził na bardzo dużym materjale rozbieżność wyników badania jednej krwi przy użyciu różnych antygenów (Svenska Lakartidningen Jg 19, 1922, p. 38—42). Według listownego komunikatu Doc Dra Boasa.

Dodatek cholesteryny n. p. czułość antygenu bardzo podnosi i Laederich i Bory, badając krew przy płonicy i posiłkując się antygenem cholesterynowym, otrzymali w pierwszych dniach choroby w 19 przypadkach na 20 wynik dodatni, gdy antygeny zwykłe dawały wynik dodatni tylko wyjątkowo. Znany jest antygen francuski Desmoulierèsa dający o 40—50% więcej wyników dodatnich niż antygeny inne.

I taka nadczułość może znaleść zastosowanie, gdy będzie chodziło o stwierdzenie zupełnego wyleczenia chorego. Wtedy wyniki ujemne przy użyciu antygenów bardzo czułych są znacznie cenniejsze, niż przy antygenach zwykłych mniej czułych.

Ujednostajnienie antygenów dla wszystkich pracowni powinno być obowiązkowe. Przepisy niemieckie wprowadziły to w życie z dniem 1. stycznia 1921 roku. Próby, którym poddano w Niemczech antygeny są bardzo poważne i dają zupełną pewność ich dobroci. Każdy antygen bywa wypróbowany na 80 surowicach kiłowych i 40 zdrowych pod kontrolą 5 antygenów o stałem mianie, wypróbowanych na 250 surowicach kiłowych z różnych okresów choroby i 100 surowicach niekiłowych.

W Polsce dotychczas dzieje się inaczej: każda pracownia posiłkuje się antygenami własnego przygotowania, sprawdzonemi, jak się zdarzy, opierając się jako na mierniku na antygenie starym. wypróbowanym znów „intuicyjnie“ na innym jeszcze dawniejszym. Pracownie, sprowadzające dla kontroli antygeny frankfurckie sprawdzone, są u nas rzadkiem zjawiskiem. Tymczasem, antygeny wymagają dużej baczności, tracą bowiem nieraz własności swoje wprost z dnia na dzień (Seligmann i Klopstock, Michaelis i Lesser) i dlatego słynny instytut Madsena w Kopenhadze przygotowuje świeże antygeny co tydzień.

Czas już, aby i na tę sprawę zwrócił baczniejszą uwagę Państ. Zakł. Higjeny, który dotychczas przygotowuje, jak sądzić można, tylko jeden antygen i widocznie w małych ilościach, gdyż często niema go w sprzedaży (co zresztą dowodzi i małego popytu). Gdyby przygotowywanie antygenów zostało zogniskowane w jednej instytucji, skąd musiałyby je brać poszczególne pracownie, mogłyby one zwrócić uwagę już tylko na umiejętne użycie tych antygenów. Samo bowiem nawet rozcieńczenie antygenu wymaga starania i wiedzy: nagłem n. p. rozcieńczeniem można pozbawić cennych własności nawet najlepszy antygen. Zazwyczaj najbardziej odpowiada celowi rozcieńczanie wolne przy stałem silnem wstrząsaniu, do czego służy znakomity *melangeur* Vernesa.

Czynniki czysto biologiczne takie jak surowica hemolityczna, dopełniacz i krwinki odgrywają przy odczynie Wa bardzo poważną rolę

Surowica hemolityczna, (tę mamy już bardzo dobrą z P. Z. H. i sprawdzoną, tylko brak jeszcze rozporządzenia nakazującego obowiązkowe jej używanie) musi mieć bardzo wysokie miano, aby ilość jej w odczynie ograniczyć do minimum. Załoziecki bowiem teoretycznie, a Bessemanns i Dujardin doświadczalnie wskazali na jeszcze jedno źródło błędu w odczynie Wa, mianowicie na hamowanie własności reagin kiłowych, we krwi zawartych, przez białko krwi ogrzane do 56°. Jak ustalił Bessemanns białko surowicy króliczej działa bardzo silnie, słabiej już działa ludzkie; zsumowanie zaś tych własności według Dujardina może prowadzić do poważnych błędów rozpoznawczych w tych przypadkach, gdy krew badana zawiera drobne ilości reagin. Liczyć się trzeba jeszcze z ilością normalnych hemolizyn (względem ciałek baranich), znajdujących się w każdej krwi ludzkiej. Jak dowodzi Kurt Meyer wzmożona ich ilość może również we krwi normalnej wywołać odczyn Wa dodatni.

Byłoby bardzo celowem przygotowanie państwowe, oprócz surowicy hemolizującej krwinki baranie, także surowicy hemolizującej krwinki ludzkie [6]).

System Noguchiego, wymagający takiej surowicy, jest zupełnie uzasadniony teoretycznie, a w praktyce łatwiej o krwinki ludzi zdrowych, niż o krew mięszaną wielu baranów, a tylko w tym przypadku ta część systemu hemolitycznego jest bardziej ustalona i mniej podlega indywidualnym wahaniom. W każdym razie, używając jednego barana, nie można posługiwać się nim zbyt długo, gdyż praktyka wykazała, że po wielokrotnych upustach krwi erytrocyty zwierzęcia stają się bardzo łamliwe i łatwo hemolizują samoistnie.

Zupełnie, według mnie, jest błędny sposób odwłókniania krwi baraniej, powszechnie dziś używany. Wstrząsanie bowiem krwi z perłami szklanemi uszkadza mechanicznie wiele krwinek.

Sposób ten zapożyczyli serologowie od fizjologów, którym krwinki odwłóknione były potrzebne do mniej subtelnych badań.

Najwłaściwszą metodą jest zbieranie krwi baraniej albo do rozczynu fizjologicznego z dodatkiem 2—5% chem. czyst. cytrynianu sodu albo, lepiej jeszcze, do izotonicznego rozczynu szczawianowego (szczawianu wapnia czyst. obojętnego 2,8 gr., chlorku sodu chem. cz 4,5 gr., wody destylowanej ad 1000,0). Pobraną bezpośrednio z żyły lub strzykawką do jednego z tych płynów krew (trzecia część krwi dwie trzecie płynu) wiruje się, krwinki odwirowane przemywa trzykrotnie na wirówce zwykłym 0,9% fizjologicznym rozczynem, poczem z osadu krwinek przygotowuje się 5% ich zawiesinę Ten sposób postępowania daje zawiesinę jednostajniejszą, niż przygotowanie jej z krwi bezpośrednio.

Sprawa jakości dopełniacza (komplementu) jest pierwszorzędnej wagi. Świnki morskie używane do otrzymania dopełniacza powinny być zdrowe, niezbyt młode, samce o wadze 300—500 gr.; krew ich powinna być brana po 6-cio godzinnem głodzeniu i niezwłocznie oddzielona od skrzepu.

Żywienie świnek ma poważny wpływ na siłę dopełniacza i, prawdopodobnie, spostrzeżenia jednego z lekarzy niemieckich, poczynione w niewoli w Permie, że większą ilość dodatnich wyników odczynu Wa otrzymywał tam w zimie, niż w lecie, zależały prawdopodobnie całkowicie od karmy świnek, latem mniej treściwej i wodnistej Jednakowo żywione świnki dają dopełniacz stalszy i silniejszy, niż karmione, jak się zdarzy. Według moich osobistych spostrzeżeń i doświadczeń, najlepsze wyniki pod względem siły dopełniacza daje karma objętościowa, bogata w witaminy (marchew, kapusta, sałata) i stałe podawanie owsa, żyta z domieszką słodu.

Hoduję od kilku lat parę gniazd świnek morskich karmionych celowo, zimą i latem zupełnie jednakowo; 20 gr. marchwi, 20 gr. kapusty albo sałaty, 10 gr. owsa lub żyta i 5 gr. słodu — na 100 gr wagi świnki, i nie zauważyłem u nich wahań dopełniacza zimą lub latem (nb. z tak żywionych świnek nie padła mi żadna w ciągu dwóch lat na tak częste a świnek, choroby trawienne). Co więcej jeszcze przekonałem się, że przy odpowiedniem żywieniu, doborze par i krzyżowaniu, dopełniacz we krwi potomstwa wyraźnie się zwiększa i ustala.

Sposób i częstość brania krwi u świnek zdaje się być bez wpływu na siłę dopełniacza. Bardzo staranne mianowanie dopełniacza jest obowiązkowe, oprócz tego przed użyciem surowica świnki musi być jeszcze zbadana pod względem zdolności hemolizujących i wiążących.

NaCl i woda destylowana, używane w odczynie Wa nie mogą zawierać żadnych domieszek. Używanie soli t.zw. stołowej, zawierającej wapno, magnezję i inne składniki mineralne, jest niedopuszczalne Najwłaściwszem jest uży-

[6]) Przygotowanie surowicy króliczej, hemolizującej krwinki ludzkie, jest znacznie trudniejsze, niż zwykłej: przeciwbaraniej. Przez czas długi nie mogłem otrzymać surowicy takiej z wysokiem mianem. Dopiero, idąc za radą prof. Bezredki (list pryw. z 29. IX. 1922) użyłem sposobu tzw. wstrzykiwań subintratnych („*injections subintrantes*“), który dał mi znakomite wyniki. Sposób ten, używany zazwyczaj w serologji dla zapobiegania wstrząsom anafilaktycznym, polega na wprowadzaniu dożylnem 1 ccm zawiesiny krwinek ludzkich, a po 5—15 minutach następczem wstrzyknięciu 10 ccm. Injekcje takie powtarzam 5—8 razy co 4—5 dni.

wanie produktu chemicznie czystego, analitycznego. Co do wody destylowancj, to powinna być ona możliwie świeżo przekroplona i obojętna. Niejednokrotnie woda destylowana apteczna wymaga znacznych ilości sody dla zobojętnienia swej kwasoty. Każda pracownia postąpi celowo, jeżeli wodę destylowaną przekropli w przeddzień użycia powtórnie, używając do tego idealnie czystych kolb i chłodnic jenajskich.

Baczną uwagę zwrócić też należy na dokładność kalibru, używanych przy odczynie Wa pipetek. Należy zawsze mieć ich duży zapas, w tem kilka, przynajmniej, bardzo precyzyjnie wymierzonych. Przed wojną dostarczały ich Niemcy, już ze świadectwami sprawdzenia w zakładach fizycznych. Krajowe pipetki są nie rzadko bardzo nieściśle kalibrowane, należałoby je przed użyciem sprawdzać n. p w pracowni fizycznej Muzeum Przemysłu i Handlu w Warszawie. Czem pipeta jest dłuższa, a cieńsza, czem odstępy między podziałkami są szersze, a wylot mniejszy, tem dokładniej można się nią posługiwać, co jest zawsze ważne, a szczególniej, gdy badamy ilościowo siłę reagin kiłowych, dawkowaniem surowicy w malejących i wzrastających ilościach. Sposób ten powinien się więcej rozpowszechnić, gdyż ilościowe określenie reagin ma nawet pewne znaczenie praktyczne: z jednej strony surowica w kile dawno przebytej może dawać w dawce 0,1 cm^3 wynik ujemny, a w ilości n. p. 0,4 cm^3 wyraźnie dodatni (Fischer, Ledermann, Oigaard), z drugiej strony tylko drobne dawkowanie surowicy pozwala oznaczyć właściwą siłę odczynu. Zdarza się nieraz, że chory, leczony długo wykazuje stale odczyn silnie dodatni, gdy w rzeczywistości osłabienie ilości reagin pod wpływem leczenia było znaczne, gdyż właściwa początkowa siła odczynu była nie 4 ++++, a 40 czy 400, badanie zaś powtórne rzeczywiście wykryło natężenie odczynu równe tylko 4 ++++ (por.: Venulet).

Jak widzimy, uwaga pracowni, wykonującej odczyny Wa musi być zwrócona w wielu kierunkach. Niewątpliwie, nawet przy najskrupulatniejszem zachowaniu wszystkich wymagań i ostrożności, nie uda nam się nigdy osiągnąć nieomylności, ale oddalimy się bardzo... od omylności. W odczynie Wa operujemy taką dużą ilością niewiadomych, że wszystko, co nam jest wiadomem w sensie dodatnim lub ujemnym, winno być w interesie chorego, wykorzystane, tem więcej, że sam odczyn jest już dziś klinice bezwzględnie potrzebny i będzie tem niezbędniejszy, im umiejętniej zostanie użyty.

A umiejętność użycia odczynu Wa pojmować należy nie tylko, jako umiejętność jego wykonywania, lecz również, jako umiejętność pojmowania wyników. Trzeba wiedzieć nie tylko jak powinien być wykonany odczyn Wa, lecz również i kiedy.

Życzenie oparcia się na metodach laboratoryjnych w pierwszych dniach istnienia wrzodu twardego jest zupełnie uzasadnione, ale żądanie wykonywania wtedy odczynu Wa, tak często jeszcze spotykane, przynosi tylko szkodę: dyskredytuje metodę oraz pracownię (która — zdaniem klinicysty — się „omyliła“, gdyż następnie wystąpiły objawy wtórne) i co gorzej, uspokaja bezpodstawnie chorego. Żadna metoda badania (biologicznego w szczególności) nie może przynieść żadnej korzyści, gdy jest niewłaściwie użyta. Odczyn Wa wyjątku nie stanowi. Jakie zaś skutki taki błąd klinicysty może za sobą pociągnąć uzmysławia nam Thibierge, przytaczając przypadek pozwolenia na małżeństwo po ledwie zagojonym wrzodzie kiłowym na zasadzie pojedynczego ujemnego odczynu Wa, nie w porę wykonanego.

W pierwszym okresie choroby tylko poszukiwanie krętków bladych n. p. w ciemnem polu widzenia (»*paraboloid-kondensor*«) może przynieść korzyść rozpoznawczą, gdyż odczyn krwi zjawia się przeważnie między 20 i 30 dniem od zakażenia i tylko wyjątkowo wcześniej (dwa przypadki zjawienia się dodatniego odczynu krwi na trzeci dzień od zakażenia opisał Bory).

Nie pozbawione jest znaczenia tylko wtedy badanie krwi w pierwszych dniach po zjawieniu się wrzodu, gdy, z góry wiedząc, że powinno ono być ujemne, robimy je n. p. przy *ulcus molle* w pierwszych dniach choroby i następnie powtórnie po 3—4 tygodniach dla wyłączenia zakażenia mieszanego. Metodę tę stale stosuje się w paryskim szpitalu św. Ludwika (Thibierge).

W okresie wtórnym odczyn Wa spotykamy prawie zawsze; w trzecim z objawami skórnemi lub na śluzówkach przeciętnie w 70%, bez tych objawów w 50—60%, przy objawach nerwowych czasami tylko w 27%. Cierpienia parasyfilityczne dają różne odsetki: tabes 66—72%, porażenie postępujące 95—100% [7].

W kile układu nerwowego, mózgu i rdzenia, specjalnego znaczenia nabiera i pewniejsze daje wyniki badanie płynu mózgowo-rdzeniowego, tem bardziej uzasadnione, że płyn ten ogólną ilością zawartego w nim białka, zawartością globulin (metody Nonne-Apelta-Schumma, Ross-Jonesa, Pandy'ego) czy białka koloidalnego (cenne metody Langa, Emanuela-Kafki-Javobstahla, Guillain'a), nakoniec swą cytologją daje również wartościowe podstawy rozpoznawcze.

Badaniom płynu mózgowo-rdzeniowego lekarze zachodnio-europejscy przypisują duże znaczenie i badaniu jego u wszystkich chorych na kiłę poświęcają większą uwagę, kontrolując obowiązkowo kliniczne wyleczenie w ten właśnie sposób

U nas, niestety, dzieje się inaczej! Mimo prac polskich, zagadnieniu temu poświęconych[8], ogół wenerologów-praktyków ucieka się do tej metody badania dość rzadko, gdzieniegdzie wręcz nigdy, tłumacząc to najczęściej względami ubocznymi: trudnością techniki nakłucia lędźwiowego, obawą „meningizmu“ i t. p. Życzyć by należało, aby i w Polsce badanie płynu mózgowo-rdzeniowego zajęło w praktyce syfilidologicznej miejsce właściwe, szczególniej — gdy chodzi o ustalenie wyleczenia.

Jeden z gorących przeciwników odczynu Wa dr. Schwers dowodzi, że lekarz-praktyk nie może się zbyt często uciekać do badania krwi, gdyż chorzy widzą w tem żądaniu brak wiedzy ze strony lekarza. Myślę, że pogląd taki jest dość odosobniony; to pewne, że na jednym odczynie Wa, gdy ambicji lekarza chodzi o to, aby chorego uważać za wyleczonego, buduje się u nas zbyt często, jak na lotnym piasku, przyszłe losy człowieka.

Teraz częściej jeszcze, niż poprzednio! przedślubne badania zdrowia, wprowadzone w armji polskiej, dzięki niezrozumieniu, że pojedynczy ujemny odczyn nie ma żadnej wartości, nie dadzą tych wyników, jakieby dać mogły i powinny, gdyby wiara w absolutną wartość odczynu Wa nie była tak rozpowszechnioną, zwłaszcza, że przy jakichkolwiek wątpliwościach decyduje wynik odczynu Wa.

Znam przypadek, w którym, opierając się na ujemnym wyniku badania, dano pozwolenie na małżeństwo wojskowemu, który zaraził się kiłą na 7 tygodni przed terminem, naznaczonego już ślubu, i przeszedł świeżo przed badaniem bardzo energiczne leczenie salwarsanowe i bizmutowe. Zakażenie żony i poronienie było potwierdzeniem tego „urzędowego przedślubnego zdrowia“. Niestety, obecnie po wojnach. wobec niesłychanego wzmożenia się kiły w Polsce, szczególniej na kresach i w armji, takie zdarzenia nie będą zapewne rzadkością.

Aby liczbę ich zmniejszyć lub zgoła im zapobiec,

[7]) W klinice dermatologicznej w Bonn ustalono, że surowice chorych kiłowych, którzy ulegli dawno zakażeniu (wiąd rdzenia, porażenie postępujące, kiła utajona, kiła trzeciorzędna) dają częściej wyniki dodatnie z antygenem cholesterynowym, niż z antygenem swoistym klasycznym. Według Monferratos-Floros i Sato — Klin. Woch. Jg. 2, 1923, pag. 1072—73.

[8]) J. Lenartowicz: »Płyn mózgowo-rdzeniowy w kile jawnej« Polska Gazeta Lekarska 1923. Nr. 11 12. J. Leyberg: »Płyn mózgowo-rdzeniowy a kiła wczesna« P. G. L. 1922. Nr. 17—19. J. Leyberg i A. Starzyński: »Powikłania przy kile wczesnej w związku z płynem mózgowo-rdzeniowym« P. G. L. 1923. Nr. 14 15. A. Mikiewiczówna i S. Progulski: »O zmianach w płynie mózgowo-rdzeniowym w najwcześniejszych okresach kiły wrodzonej« P. G. L. 1922. Nr. 2. F. Walter: »Płyn mózgowo-rdzeniowy a kiła późna« Polska Gazeta Lekarska 1923. Nr. 11/12.

należy zwrócić większą uwagę na metodę Miliana reaktywacji odczynu, czyli na t. zw. przez autorów niemieckich prowokację. Polega ona na spostrzeżeniu, że przy niezupełnem wyleczeniu kiły w pewien czas po wstrzykiwaniach salwarsanowych [9]) następuje zjawienie się odczynu dodatniego we krwi.

Reaktywacja bywa stosowana różnie: Dujardin daje neo-salwarsan w dawkach 0,15 — 0,3 — 0,45 gr. co osiem dni, badając następnie krew w trzy tygodnie po ostatniem wstrzyknięciu; Gougerot wstrzykuje trzy dawki neo-salwarsanu: 0,15 — 0,3 0,45 gr. w ciągu dni dziesięciu, badania dokonywa dwukrotnie na 15 i 30 dzień po ostatniej injekcji; Leredde używa neo-salwarsanu 0,1 — 0,15 — 0,2 — 0,3 gr. z przerwami 8-dniowemi, bada krew na 10, 20 i 30 dzień. Wszyscy ci lekarze, równie jak Pinard i Ravaut przypisują reaktywacji wielkie znaczenie.

Autorowie niemieccy z Zielerem na czele stosują, najmniej w rok po ostatecznem zakończeniu leczenia, injekcje neo-salwarsanu (mężczyznom 0,3 - 0,5 gr., kobietom 0,2 – 0,4 gr.), poczem w ciągu 2 tygodni badają krew kilkakrotnie. Gdy chodzi o kiłę dawno leczoną, Zieler radzi badać krew jeszcze w 5 tygodni po tych wstrzykiwaniach, jeżeli i wtedy krew da odczyn ujemny — bada płyn mózgowo-rdzeniowy; dopiero przy wyniku ujemnym i tego badania uznaje chorego za całkowicie wyleczonego.

Reaktywacja przy kile dziedzicznej u dzieci wymaga według prof. Hutinela trzykrotnych wstrzykiwań neosalwarsanu (prywatny komunikat dra Charles Laurent).

Wątpliwości, jakie nasunęło w praktyce stosowanie metody reaktywacji, wywołane przez prace Amerykanów: Stricklera, Munsona, Sidlicha i Straussa, dowodzących, że injekcje salwarsanu dają odczyn Wa dodatni nawet u ludzi zupełnie zdrowych, obecnie są już rozwiane. Nie tylko prace Boasa i Kissmeyera z Instytutu Madsena, ale i doświadczenie codzienne całego szeregu pracowni błąd ten amerykański naprawiły.

W metodzie tej lecznictwo znalazło cenny środek pomocniczo-rozpoznawczy, z którego nie powinno zaniechać umiejętnie korzystać. A wyniki najpewniejsze otrzymywać będzie tylko przy zgodnej pracy kliniki i pracowni. Dziś ta współpraca u nas pozostawia często dużo do życzenia; informacje o tem, jak dawno dana osoba choruje, jak była leczona, kiedy leczenie zakończono — najczęściej przed pracownią starannie są ukrywane. Ma to, jakoby, być środkiem do otrzymania objektywniejszego wyniku badania, a bywa — środkiem do otrzymania niejednokrotnie wyniku niepewnego. Tylko znając przebieg oraz okres choroby i cel badania, pracownia może zastosować odpowiednie środki techniczne i przyjść z prawdziwą pomocą klinicyście. Gdy chodzi n. p. o kiłę dawno nabytą bez objawów czy wyleczoną, pracownia jest obowiązana, dla potwierdzenia przypuszczeń klinicznych, zastosować najczulsze metody badania: antygeny cholesterynowe, badanie surowicy czynnej i t. d., odwrotnie, gdy chodzi o stwierdzenie, czy podejrzane wykwity skórne są kiłowemi należy używać metod najmniej czułych, lecz uznawanych za najbardziej swoiste: klasyczny odczyn Wa z kwią unieczynnioną i antygenem z wątroby kiłowej i t. d. Rzecz jasna, że zawsze ideałem będzie badanie każdej surowicy wszechstronnie, różnemi metodami, jednak praktycznie jest to niekiedy niemożliwe, nawet z ekonomicznego punktu widzenia. Dając pracowni do badania krew, lekarze niemieccy podają na odnośnych formularzach: 1) płeć i wiek chorego; 2) rozpoznanie kliniczne; 3) sposób i czas pobrania krwi do badania; 4) przypuszczalną datę zakażenia; 5) jak chorego leczono; 6) jakie są objawy kiłowe obecne; 7) uwagi tyczące się przebytych innych chorób zakaźnych, guzów i t. d.; 8) wyniki poprzednich prób Wa (Sonntag, p. 118). Taki sposób współpracy, kształcąc równocześnie serologów i lekarzy, posuwa naprzód i wiedzę.

W Polsce gdzie warunki pracy są znacznie trudniejsze, niż na Zachodzie, a kiły jest dziś znacznie więcej, ten stały, wzajemny, życzliwy stosunek kliniki i pracowni jest niezbędny, jeśli są nam drogie: rozwój nauki, fizyczne zdrowie rasy, oraz jej lepsza przyszłość.

[9]) Miałem w badaniu przypadek kiły bardzo dawnej z objawami ocznemi, dający w ciągu ½ roku dwukrotnie odczyn Wa dodatni, który wykazał po wstrzykiwaniach Triplex'u Gessnera odczyn 4 plusowy, recte: 16 plusowy. Być może że jest to zdarzenie odosobnione.

Piśmiennictwo.

Dociekając błędów odczynu Wassermanna, starałem się uwzględnić obszernie światowe piśmiennictwo przedmiotu, co w czasach dzisiejszych w Polsce nie jest rzeczą łatwą. Umożliwili mi to Profesorowie: Cornwall, Craig, Gradwohl, Hadjoupoulos, Kilduff, Kolmer i Noguchi (Ameryka), Bessemans, Bordet, Dujardin, Renaux i Schwers (Belgja), Hecht (Czechy), Boas, Thomsen i Hess-Thaysen (Danja), Bezredka, Bloch, Laurent, Leredde, Nicolas, Ravaut, Rubinstein, Thibièrge i Vernes (Francja), Kiyowo Taoka (Japonja), Bruck, Dold, Gaethgens, Meinicke, Niederhoff, Oelze, Sachs i Wassermann (Niemcy). Wszystkim wymienionym badaczom i na tem miejscu czuję się w miłym obowiązku złożyć najserdeczniejsze podziękowanie za ich nader cenne komunikaty listowne i nadesłane mi prace. Wyjątkowo wiele uprzejmości doznałem od Prof.: Bezredki i Rubinsteina (serologa Szkoły Lekarskiej Wojskowej Val-de-Grâce), Brucka i Dolda, oraz Johna Kolmera w Filadelfji.

1) Armand-Delille. P. & Nègre L. Techn. de la réact. de deviat. du complément 194 p., Masson, Paris, 1922. — 2) Baumgärtel T. Die staatlichen Bestimmungen über die Ausführung der Wa Reaktion, p. 34, Lehmann, München, 1922. — 3) Bessemans A. Sur une cause d'erreur inhérente aux reactions de déviation du complément C. R. de la Soc. de Biol LXXXVI, 1922, p. 961. — 4) Boas H. Die Wa Reaktion, p. 242, Karger, Berlin 1914. — 5) Boas & Kissmeyer. Kann eine Salvarsaninjektion eine positive WaR bei sicheren Nicht-Syphilitikern hervorrufen? (odbitka autorska bez wskazania źródła i daty wydania). — 6) Boldyreff V. Modifications périodiques et journalières du Sang humain w t. 2-im Traité du Sang Gilbert & Weinberga, p. 678. Baillière, Paris 1921. — 7) Bruck C. Handbuch der Serodiagnose der Syphilis (ma wyjść w końcu 1923 r. u Springera; dzięki uprzejmości autora zapoznałem się z niektóremi rozdziałami w odbitkach korekturowych). — 8) Cornwall Leon. The complement fixation for syphilis with cholesterin antigens. Odbitka z New York Medical Journal 24 kwietnia 1915. — 9) Craig Ch. The Wa Test, p. 279, Mosby, St.-Louis, 1921. — 10) Dujardin B. Le liquide céphalo-rachidien dans la syphilis. P. 253. Lamertin, Bruxelles 1921. — 11(Eskuchen Karl. Die Lumbalpunktion. P. 188, Urban & Schwarzenberg, Wien, 1919. — 12) Gerbay. Enquête sur la réaction de Bordet Wa dans la syphilis. Odbitka z Annales des Mal. Véneriennes, lipiec-październik 1921. — 13) Gradwohl. Some remarks on the serological diagnosis of Syphilis. The Amer. Journal of Syphilis 1917, v. I. Nr. 2. — 14) Hecht. Zur Methodik der Wa Reaktion. Odbitka z Dermat. Woch. B. 68, 1919. — 15) Hecht. Meine Aktivmethode der Wa Reaktion bei Syphilis. Odbitka z Dermat. Woch. 1922. — 16) Hess Thaysen Th. Positive Wa Reaction. — Active Syphilis. Acta Medica Scandinavica, Vol. 56 fasc. III. p. 195. — 17) Hess Thaysen. Wa Reaction in Late Syphilitic Diseases. Odbitka korekturowa z Acta Med. Scandinavica 1922. — 18) Kaup J. Kritik der Methodik der Wa Reaktion. P. 175. Oldenbourg, München 1917. — 19) Kilduffe. Incidence of Positive Wa React. in 484 Supposedly Non-syphilitic Pacient. Odbitka z Arch. of Dermatology 1922. v. 5, p. 207—214. — 20) Kilduffe. The Status of the Negative Wa Reaction. Odbitka z Amer. Medical Assoc. Dec. 30, 1922. Vol. 79. p. 2215 — 2217. — 21) Kilduffe. The clinical Evaluation of the Wa Reaction. Odbitka z Arch. of Dermatology 1922, Vol. 6, p. 147—162. — 22) Kolmer John. Studies in the Standardization of the Wa Reaction. Public. from the Research Institute of Philadelphia. Vol. 4, 1923 (31 prac razem złączonych). — 23) Larkin & Cornwall. The value of laboratory diagnosis in Neurosyphilis. The Amer. Journal of Syphilis 1919, Vol. 3, Nr. I. -- 24) Laurent Ch. Valeur de la Séro-réaction dans le diagnostic et traitement de la Syphilis. Le Journal de Médicine de Lyon, 1920, Nr. 18. — 25) Lasseur & Spillmann. Réactions anticorps. P. 215, Maloine, Paris, 1921. — 26) Lenartowicz J. Krytyka odczynu Wassermanna w świetle najnowszych badań. Lwowski Tygodnik Lekarski 1920. — 27) Leredde. Domaine, traitement et prophylaxie de la Syphilis. Maloine, Paris, 1917. — 28) Leredde & Rubinstein. Sérodiagnostic de la Syphilis. Odbitka z Bull. et Mém. de la S. de Med. de Paris, 25. kwietnia 1914. — 29) Leredde. La Nécessite des Recherches de Contrôle dans le traitement de la Syphilis. Odbitka z Revue genérale de Clinique. 8. listopada 1919. — 30) Leredde. La »Standardization« de la réact. Bordet Wa. Presse médicale, 1920, Nr. 45. — 31) Millet C. La séro-réaction comme méthode de contrôle du diagnostic et du traitement de la Syphilis. P. 142, Maloine, Paris, 1923. — 32) Mörch & Hess Thaysen. Spontaneous Variations in the Strength of the Wa Reaction. Acta Medica Scandinavica, Vol.

58, p. 112. — 33) Müller. Die Serodiagnose der Syphilis. P. 171, Urban & Schwarzenberg, Wien 1913. — 34) Mulzer. Praktische Anleitung zur Syphilisdiagnose. P. 129, Springer, Berlin, 1912. — 35) Nicolas. Syphilis. Nouv. Traité de Méd. Fasc. IV. 1922, p. 533—709. — 36) Nicolas. La réaction de Wa du Sang. Journ. de Méd. de Lyon, 1920, Nr. 9, p. 279. — 37) Noguchi. Le séro-diagnostic de la Syphilis. Trad. franç. L'Oeuvre Médico-Chirurgical Nr. 77. P. 40, Masson, Paris, 1914. — 38) Poehlmann A. Die Technik der Wa Reaktion. P. 106, Müller, München, 1921. — 39) Ravaut P. Que peut-on demander à la réaction de Wa. Journal méd. français 1918, Nr. 5. — 40) Renaux E. Disparition par vieillissement de la réaction de Bordet Wa. C. r. de la S. de Biologie, 83, 1920, p. 1298—99. — 41) Ronchèse A. D. La réaction de Bordet-Wa pour le séro-diagnostic de la Syphilis. P. 211, Masson, Paris, 1919. — 42) Rubinstein. Séro-diagnostic de la Syphilis. Les erreurs de technique. La Presse Médicale 1919, Nr. 38. — 43) Rubinstein. Traité pratique de sérologie. P. 414, Maloine, Paris, 1921. — 44) Rubinstein. Douze ans de pratique de la séro-réaction de la Syphilis. »Paris médical« 27. Janvier 1923 — 45) Rubinstein. Méthodes de séro-diagnostic de la syphilis et leur interprétation en clinique. »L'Hôpital« 1923, Nr. 95. 46) Sachs. Ueber den Einfluss der Cholesterinierung auf die Empfindlichkeit der Organextrakte bei der Wa Reaktion. Zeitschr. für Immunitätsforschung 1917, B. 26, H. 5, p. 451—460. — 47) Sachs & Altmann. Ueber den Einfluss von Temperatur und Reaktion des Mediums auf die Serodiagnostik der Syphilis. Z. f. Immunitätsforschung 1917, B. 26|5.— 48) Schwers. Ce que je pense de la Reaction de Bordet Wa. Odbitka z Annales de Mal. Vénériennes Paris, Fevrier 1922. — 49) Sonntag Erich. Die Wa Reaktion. P. 191, Springer, Berlin, 1917. — 50) Stilling. Ueber den Einfluss der Serum-Inaktiwierung bei der Wa Reaktion. Berl. klin. Woch. 1917, Nr. 11. — 51) Thibièrge G. Les méfaits de la réaction de Wassermann. La Presse méd. 1918, Nr. 66. — 52) Thibièrge & Legrain. La réaction de Bordet Wa dans le chancre simple. Contribution au diagn. du chancre mixte. La Presse Méd. 1921, Nr. 57. — 53) Venulet. O odczynie Wa z surowicą czynną. Polska Gaz. Lek. 1923, Nr. 20, p. 346. — 54) Vernes. Les signes humoraux de la Syphilis. P. 87, Baillière, Paris, 1913. — 55) Vernes. Atlas de Syphilimétrie. P. 121, Alcan, Paris, 1920. — 56) Zieler Karl. Die Geschlechtskrankheiten. P. 182, Thieme, Leipzig, 1920.

Z praktyki.

Dr. I. FELS. Lwów.

Środki nasenne u niemowląt.

Od dawna stosowano jako środki nasenne u niespokojnych oseskó·w i niemowląt bądź syrop i ulopek makowy (*syrupus*[1]) *papaveris et Diacodii)*, bądź też napar z niedojrzałych makówek tak, że środki te stały się zupełnie popularne i w sprzedaży odręcznej dla każdego dostępne. Dla tych samych celów zbierano niedojrzałe makówki, suszono je i stosowano jako herbatę nasenną. Lecz niemal co roku zdarzały się, nieliczne wprawdzie, przypadki śmiertelnego otrucia oseskόw z powodu stosowania tychże środków nasennych, z której to przyczyny lekarze zwracali słusznie uwagę otoczenia swych chorych, jakoteż ostrzegali w piśmiennictwie lekarskiem przed stosowaniem tych wytworów makowcowych u małych dzieci; ustawa zaś karna w b. Austrji (§ 377) uważała samo stosowanie odwaru makówek u dzieci za występek, względnie za wykroczenie[2]). Tak więc z biegiem lat utrwaliło się mniemanie, że dla niemowląt niema właściwie środków nasennych, a zastosowanie tych środków nasennych, jakiemi farmakopeja rozporządza jest rzeczą wzbronioną i niedopuszczalną. Tymczasem przemysł chemiczno - lekarski zaczął wytwarzać i polecać cały szereg nowszych środków nasennych; wówczas nie brakło także licznych zaleceń tychże samych środków w odpowiednio małych dawkach jako dobrych środków nasennych dla niemowląt. Korzystamy w praktyce niemowlęcej rzadko tylko i to z pewną obawą z tych zaleceń, zapisując w razie nieodzownej potrzeby dzieciom małe dawki trionalu, veronalu lub pokrewnych środków nasennych.

A jednak lekarz w praktyce nieraz uczuwa potrzebę zastosowania środka nasennego u niemowląt, kiedy dzieci bądź z powodu choroby ostrej, uszkodzenia cielesnego lub przebytej operacji, bądź dzieci o podkładzie neuropatycznym spędzają noce bezsenne, wyczerpujące nietylko je same, lecz i znękane otoczenie. Wówczas zalecałem pół szklanki chłodnego odwaru z kozłka (radix valerianae), którego dzieci dla przykrego smaku pić nie chciały, albo też letnią kąpiel na wieczór lub stary środek ludowy, kłaść kilka szyszek jodłowych pod wezgłowie dziecka. Skuteczniejszym środkiem okazało się mocne zawijanie dziecka w suche chustki lub prześcieradła, po którem zjawia się często silny pot, a z nim dobry sen po upływie krótkiego czasu. Podobnym środkiem był wreszcie napar z kwiatu lub liści pomarańczowych, których jednak w latach wojennych i powojennych trudno albo wcale nie można było dostać. Wszystkie te środki wprawdzie niewinne i nieszkodliwe, rzadko jednak odnosiły pożądany skutek.

W ostatnich czasach pojawiło się kilka środków nasennych, które w odpowiednio mniejszych dawkach można bez jakiejkolwiek obawy i z dobrym pewnym skutkiem zastosować u oseskόw i niemowląt. Wypróbowawszy te środki w praktyce chętnie podaję do wiadomości szerszemu kołu lekarzy poniżej wymienione środki nasenne dla dzieci, jakoteż sposób ich zastosowania, a mianowicie:

1) Ordynacja pierwsza dla dzieci w drugiem półroczu życia: Dziecko powinno przebywać przez szereg godzin popołudniowych na wolnem powietrzu, wieczorem powinno otrzymać kąpiel o ciepłocie 24°—26° R. trwającą minut dziesięć, następnie powinno otrzymać małą filiżankę naparu z rumianku, nie bardzo ocukrzonego z dodatkiem 1 — 2 kropel nastoju makowca (tinct. opii simpl.).

2) Urethan 1—2 gr. (zwykła dawka dla dorosłych 3—4 gr) w lawatywie mącznej lub kleistej lub pewniej jeszcze działający Hedonal 0.5—1 gr również w lawatywie śluzowej lub kleistej (50 gr mixturae gummosae).

3) Bromural pół tabletki lub też Paracodin pół tabletki.

4) Isopral (dawka dla dorosłych 0.5—1 gr) działa również przez skórę. Dzieciom zapisuje się: Isoprali 1.0 Alchol. Ol. ricini aa 10.0; S. 1—2 łyżeczek kawowych wcierać w skórę na piersiach.

Najwygodniej jednak stosuje się 5) Urethan: 5.0 Sir. simpl. 10 Aq. dest. ad 50. Z tego rozczynu oseskom na noc 1—2 pełnych łyżeczek od herbaty, poczem sen rychło następuje.

Wreszcie jeszcze pewniejszy w działaniu 5) Medinal 0.5: 10 aquae i z tego 5% rozczynu 5 kropel na język wywołuje sen trwający 2 - 8 godzin. Stosowanie przez język (perlingual) jest skuteczniejsze, niż na wewnątrz.

[1]) Również dobrze jak syrupus można pisać sirupus, taksamo sacharum i sacharinum jak saccharum i saccharinum.

[2]) Zobacz mój referat w Przeglądzie lek. r. 1904. str. 589.

Przegląd piśmiennictwa.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

(Nr. 8 i 9 sierpień i wrzesień 1923).

G. Thibierge i J. Lacassagne: **Doświadczalne szczepienia kiły na ludziach.** (Część pierwsza). W bardzo szczegółowym, godnym przeczytania zarysie historycznym przedstawiają autorowie szczegółowo i w porządku chronologicznym (od r. 1835 począwszy) fakta szczepienia ludziom kiły i odtwarzają ówczesne poglądy na zakaźność kiły i walk unitarystów z dualistami. Z zarysu tego dowiadujemy się, że prócz szczepień przedsiębranych na ludziach nieświadomych znaczenia szczepienia kiły a więc szczepień niejednokrotnie zbrodniczych, zwłaszcza w naszym dzisiejszym osądzie, dokonywano także szczepień na ludziach świadomych niebezpieczeństw: na lekarzach i studentach medycyny, niosących swe zdrowie w ofierze jedynie dla poznania prawdy i dla postępu nauki.

Du Bois. **Grzyb strzygący odbytu.** Opis przypadku dotyczącego 20 letniej dziewczyny leczonej bezskutecznie przez 4 miesiące na wyprysk odbytu. Badanie mikroskopowe łusek wziętych z części brzeżnych rzekomego wyprysku, jakoteż hodowle wykazały, że w danym przypadku chodziło o zmianę chorobową grzybkową wywołaną zakażeniem grzybem strzygącym z gatunku: »*trichophyton niveum radians*«. Ten rodzaj grzyba strzygącego napotyka się najczęściej u kotów; autor jednak nie mógł stwierdzić zakażenia od kota i przy-

puszcza raczej zakażenie papierem klozetowym. Pędzlowanie rozcieńczoną nalewką jodową uwolniło chorą w przeciągu 4 dni od zmiany chorobowej i od towarzyszącego tej zmianie dokuczliwego świądu.

L. Danel. **Choroba Bowena. Zwyrodnienie rakowe miejscowe i gruczołowe.** Przypadek opisany przez D. dotyczył 65 letniego chorego. Zmiany chorobowe usadowione na przedramieniu rozpoczęły się w 25 roku życia drobnemi guzkami wielkości soczewicy, wejrzenia guzków kiłowych lecz znaczniejszej zbitości i o wyraźniejszem złuszczaniu się na powierzchni. Dopiero po upływie 40 lat z guzków rozpadłych wytworzyło się owrzodzenie płaskie i mało bolesne o charakterze pełzającym, gojące się w środku, a rozszerzające się od brzegów. Gruczoły w pasze początkowo nieznacznie zajęte, zaczęły szybko rosnąć w przeciągu kilku miesięcy, a usunięcie ich nie zapobiegło nawrotom i śmierci, która nastąpiła wśród objawów ogólnego wyniszczenia. Badanie histologiczne gruczołów wykazało typowe utkanie rakowe z odosobnionemi ogniskami nabłonkowemi o komórkach nabłonka podobnie zmienionych, jak w ogniskach chorobowych na skórze. W ogniskach chorobowych wyciętych ze skóry najwybitniejsze zmiany okazywał przyskórek, a szczególniej warstwa komórek kolczastych. Komórki tej warstwy obrzękłe z licznemi wodniczkami, z jądrem leżącem w przestrzeni jakby próżnej, nie barwiącej się, okazywały cechy komórek napotykanych w chorobie Pageta. Słusznie zalicza się chorobę Bowena i Pageta do okresów wstępnych raka (*»précancéreuses«)* ale histologicznie i klinicznie należy je odróżniać jako odrębne jednostki chorobowe w tem chyba pokrewne, że obie prowadzą do zwyrodnienia rakowego. Znamienną rzeczą w przypadku autora było niezwykle długie trwanie choroby bo lat 40.

R. Leszczyński. **Przypadek zapalenia spojówki, wywołanego grzybem strzygącym.** W przypadku opisanym przez L. prócz ognisk chorobowych usadowionych na twarzy, szyji i górnej części klatki piersiowej, rozpoznanych klinicznie i makroskopowo jako zmiany chorobowe wywołane grzybem strzygącym, zwracało uwagę zapalenie spojówki i obrzęk powieki po stronie chorej. Po zastosowaniu śródskórnego szczepienia trichofytiny prócz odczynu ogólnego, miejscowego i ogniskowego w zmianach chorobowych na skórze, wystąpiło wybitne zaostrzenie zapalenia spojówki. Nawiązując do podobnego przypadku spostrzeganego przez Miliana, uważa L. zapalenie spojówki za swoiste, wywołane najprawdopodobniej jadami grzyba strzygącego i zaostrzające się wskutek szczepienia, podobnie jak to się dzieje w gruźlicy przy początkowem szczepieniu sposobem Calmette'a i następowem śródskórnem.

Menahem Hodana, Houloussi Bedjet i Lurcya. **O dermatozie świędzącej rumieniowo-pęcherzykowej wywołanej pyłem jęczmienia lub innych zbóż.** Choroba ta znana i dość powszechna w Turcji pojawia się najczęściej na wiosnę i w jesieni u ludzi zajętych przy mieleniu jęczmienia i to jęczmienia, jak stwierdzili autorzy przegrzanego. Sam jęczmień lub jego pył dostawszy się na skórę wywołuje zmiany pęcherzykowe silnie swędzące. W jęczmieniu takim znaleźli autorzy pewien gatunek wszy, które przeniesione na skórę powodowały zmiany chorobowe. W porze zimowej pasożyty te zatracają zdolność wywoływania zmian chorobowych. Również jęczmień nieprzegrzany, mimo że zawiera te pasożyty, nie powoduje zmian na skórze.

Lenartowicz (Kraków).

Archiv. für Kinderheilkunde.

1923 r. zeszyt 4. Tom 73.

Wiltschke Fr. **Zupa ze szpiku cielęcego jako pożywienie dla niemowląt.** Zupę przyrządzoną ze 100 gr osolonej wody, 5 gr pszennego grysiku i 5 gr szpiku cielęcego, o wartości 45 kalorji, podaje się oseskom w okresie przeprowadzenia z pokarmu czysto mlecznego na pożywienie mieszane, szczególnie tym, które niechętnie przyjmują jarzyny lub je spożywszy zaraz wymiotują.

Simchen H. **Urotropina jako środek leczący wyprzanie u niemowląt.** Autor przyznaje słuszność amerykańskim lekarzom, którzy wyprzanie uważają za zapalenie skóry wywołane przez gramopozytywne bacter. amoniagenes. Prątek ten żyjąc w stolcach oseskó, w zetknięciu z moczem powoduje wydzielanie się z moczu amoniaku. Środkiem zapobiegawczym o bakterjobójczem działaniu ma być urotropina.

Krauss. **Trzeciorzędna kiła w wieku niemowlęcym.** Rzadki przypadek kilaka płuc u 2 mies. dziecka.

Kochman. **Pantamina jako nowy środek witaminonośny.** Zaleca podawanie pantaminy (preparatu wyciągowego ze świeżych pomidorów, zielonej sałaty i suchego odwirowanego mleka) przy chorobie Barlowa. *Tomaszewski* (Lwów).

Wiener kl. Wochenschrift.

1924. Styczeń Nr. 11.

Jellenigg. **Zakażenie kropelkowe w błonicy.** Na podstawie otrzymanych wyników badania bakterjologicznego kropel chwytanych na lustro podczas kaszlania dzieci chorych na błonicę, można powiedzieć, że zakażenie się kropelkami od nosicieli zarazków jest możliwe na odległość 35 cm — że i tą drogą może rozszerzać się błonica

Strausky. **Czy istnieje związek między zapaleniem opon mózg.-rdzen. nagminnem a następowem gruźliczem.** O ile powstanie meningitis basilaris uwarunkowane jest pierwotnem faktycznem uszkodzeniem systemu centralnego nerwowego (Hutünel i współpracownicy), to tembardziej przebyte nagminne zapalenie opon mózgu zmniejsza oporność systemu centralnego nerwowego i czyni go podatniejszym na możliwość schorzenia gruźliczego. *Tomaszewski* (Lwów).

Centralblt. f. Chirurgie.

1924. Nr. 3.

Laur Otto. **Doświadczenia nad wyłączeniem wyrostka robaczkowego** (appendekthlipsis). Autor przed 15 laty zaproponował nazwę „appendekthlipsis" dla zabiegu oddzielenia wyrostka robaczkowego od kątnicy z pozostawieniem chorego wyrostka w jamie brzusznej. Zdarzają się czasem przypadki, że nie podobna jest usunąć wyrostka wskutek bardzo mocnych zrostów. W przypadkach tych autor proponuje po przecięciu żegadłem wyrostka u podstawy i obszyciu kikuta, założyć na koniec obwodowy wyrostka szczypczyki haemostatyczne, które zdejmuje dopiero na 5 dzień po operacji. W przypadkach tych rana po zdjęciu szczypczyków goi się bądź bardzo prędko, gdy śluzówka wyrostka była już przez sprawę chorobową zniszczona, bądź też wytwarza się krótkotrwała przetoka, zamykająca się zazwyczaj w ciągu 2 tygodni. Operowanych w ten sposób chorych autor nie uważa za wyleczonych ostatecznie i zaleca im natychmiastowe zwrócenie się do lekarza, w razie najsłabszych objawów zapalnych. Autor wykonał ten zabieg w 5 przypadkach (na 6—7000 apendektomji) i miał wyniki bardzo dobre W jednym przypadku chory zgłosił się po roku ze skargami na bóle w dolnym kącie blizny pooperacyjnej. W przypadku tym autor w znieczuleniu miejscowem usunął guz wielkości jaja gołębiego; guz ten leżał tuż pod skórą, dał się bardzo łatwo wyłuszczyć i zawierał otorbioną tkankę bliznowatą.

Operację wykluczenia wyrostka autor zaleca w przypadkach, w których usunięcie wyrostka napotyka na duże trudności. *Walc* (Warszawa).

Zentralblatt für Gynäkologie.

Nr. 1. i 2. 1924.

Opitz E. **O chorobach głodowych osób brzemiennych. (Inanitio graviditatis).** Stany chorobowe, które dotychczas określaliśmy wspólnem mianem zatruć ciążowych, a których źródłem ma być trucizna powstająca w organizmie osoby ciężarnej, uważa autor za objaw stanu głodowego organizmu matki. Jest to stan zupełnie podobny do tego, jaki spostrzegamy w całym szeregu chorób, będących następstwem przewlekłego głodu organizmu w ogólności, a braku pewnych substancji odżywczych w szczególności jak n. p. skorbut, rumień lombardzki, beri-beri, a zwłaszcza puchlina głodowa. Jajo płodowe posiada znakomitą zdolność przyswajania sobie pożywienia nieraz kosztem organizmu matki. Okoliczność ta tłumaczy dawno znane zjawisko, że w organizmie matki

w czasie ciąży stwierdzić się daje zubożenie tegoż organizmu w pewne ciała, jak n. p. wapno, żelazo i t. p. W ten sam sposób łatwo zrozumieć i inne braki, które nie są niczem innem jak tylko stanem głodowym. Uderzającą również jest rzeczą, że podobnie jak ciąża, tak i rak jakoteż ciężkie przewlekłe choroby zakaźne okazują cały szereg identycznych odczynów jak n. p. odczyn Abderhaldena, opadanie krwinek i t. p. Wspólną cechą tych stanów jest również spostrzegane zwiększenie kwasów oxyproteinowych w moczu i zmniejszenie działania koloidów ochronnych surowicy. Trudno przypuścić, aby te odczyny, występujące w tak różnych stanach, jakiemi są z jednej strony ciąża a więc sprawa tworzenia nowego organizmu, a z drugiej strony ciężkie, przeważnie śmiertelne schorzenia organizmu, miały swe źródło w powstawaniu tych samych trucizn. Identyczność tych odczynów tłumaczy autor w ten sposób, że tak podczas ciąży jakoteż przy raku lub ciężkiej chorobie zakaźnej traci dany organizm w wielkiej ilości pewne substancje, których brak nie może być dostatecznie i rychło pokryty przez odżywianie. Przemiana materji, jaka tutaj się odbywa, regulowana jest przez system nerwowy wegetacyjny i jego ośrodek, jajo płodowe zaś pośrednio lub bezpośrednio dostarcza tego bodźca, który ów system odpowiednio nastraja.

Mayer A. **O śródmacicznem obumarciu przenoszonych płodów bez wykazalnej przyczyny.** Liczne spostrzeżenia stwierdzają, że w przypadkach obumarcia przenoszonych płodów chodzi zwykle o płody płci męskiej. Autor sądzi, że płód męski pod względem stosunku biologicznego silniej atakuje matkę aniżeli płód płci żeńskiej. Również i pod względem przemiany materji wymagania płodów męskich są większe niż płodów żeńskich. N. p. zawartość żelaza w łożyskach przy płodach męskich jest wyższa aniżeli przy płodach żeńskich. Brak żelaza w organizmie matki powoduje w końcu obumarcie płodu. Wiele objawów przemawia za tem, że w sprawie też niezależnie od płci płodu ważną rolę odgrywają gruczoły o wewnętrznem wydzielaniu. Znaną n. p. jest rzeczą, że u królików po wstrzykiwaniu thyreoidyny, a więc po sztucznem wywołaniu hyperthyreoidyzmu skraca się czas ciąży. Analogicznie wnioskując, przenoszenie winno mieć miejsce w stanie t. zw. hypo- lub dysthyreoidyzmu. I w istocie u trzech swych chorych stwierdził autor objawy upośledzonej czynności tarczycy.

Taschke. **W sprawie walki przeciw spędzaniu płodu.** Dotychczasowe przepisy, według których tak osoba, która zbrodni spędzenia płodu się dopuszcza, jak i osoba ciężarna ulegają karze jak również obowiązek tajemnicy lekarskiej w stosunku do chorej — sprawiają, że w wielu bardzo przypadkach zbrodnia ta uchodzi bezkarnie. By stosunki te naprawić radzi autor domagać się zmiany przepisów prawnych w tym kierunku, by osoba ciężarna, u której płód spędzono, wolna była od odpowiedzialności.

Sippel. **Ciąża po przeszczepieniu jajników w przypadkach niedostatecznej czynności jajników.** U czterech chorych, cierpiących na bezpłodność i niedostateczną funkcję jajników postąpił Bumm w ten sposób, że po wyskrobaniu macicy wykonał u nich laparotomję i wszył po 2 kawałki świeżych jajników od innych chorych operowanych równocześnie w tkankę łączną przed pęcherzem moczowym lub też w kieszonkę mięśni stożkowatych. Wszystkie chore po tym zabiegu zaczęły miesiączkować, a później zastąpiły.

Stratz. **Zastosowanie środków wzmacniających skurcze macicy i tamujących krwawienie.** W przypadkach poronień lub krwotoków poporodowych winno się stosować te środki tylko wówczas, jeśli macica jest zupełnie próżna, w przeciwnym bowiem razie należy najpierw macicę wypróżnić. Przy krwotokach z powodu włókniaków macicy poleca autor ergotynę w dawce 0.5—1,0 tygodniowo w przerwach między regularno ściami przez czas dłuższy.

Schoffer i Fleischer. **Sposób umożliwiający przedstawienie tonów płodu.** Sposób ten polega na połączeniu stetoskopu z rurami katodalnemi, mikrofonem i innemi urządzeniami, co sprawia, że tony płodu stają się tak głośne, że w całej sali są wyraźnie słyszalne. *B.* (Lwów).

Bibljografja.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

A) Piśmiennictwo polskie.

»Przyroda i Technika« miesięcznik. R. III. 1924. Z. 1. a) Prof. Dr. W. Friedberg. Poznań. — Skamieliny a facja warstw skalnych. b) W. Kulmatycki. Bydgoszcz. — Ochrona przyrody a rybactwo. c) J. Sokołowski Poznań. — Ciąg ptaków na Helu w marcu 1923. d) Dr. inż. T. Malarski. Lwów. — O wpływie gazów na emisję elektronów przez żarzące się ciała. e) L. Bykowski. — Wykresy obserwacji biologicznych.

»P. i T.« miesięcz. R. III. 1924. Z. 2. a) Prof. Dr. W. Friedberg Poznań. — Rozmieszczenie skamielin a zwierząt za życia. b) Prof. Dr. L. Bykowski. Lwów. — Transformizm w oświetleniu matematycznem. Liczbowe prawa dziedziczności. c) R. Kuntze. Lwów. — Zadania i metody entomologji stosowanej. d) M. Koczwara. Lwów. — Fenologja roślin.

„Ruch filozoficzny". Lwów. 1. II. 1924. T. VIII. Nr. 2—3. Stefan Błachowski. — VIII. Kongres psychologiczny.

„Przegląd Dermatologiczny". Rok. XVIII. Nr. 1. 1) Dr. M. Grzybowski. — Przyczynek patogenezy zaniku skóry. 2) Dr. W. Sterling. — Rola ustroju w przymiocie. 3) Dr. W. Borowska. — Przypadek Encephalitis haemorrhagica po Neosalwarsanie z zejściem śmiertelnem.

„Przegląd dermatologiczny". Rok. XVIII. 1923. Nr. 2—3. 1) F. Krzyształowicz. Warszawa. — Rozwój metod badania w dermatologji. 2) Dr. St. Ostrowski. Warszawa — Przypadek zgorzeli symetrycznej po zatruciu gazem świetlnym. 3) Dr. R. Bernhardt ordyn. szpit. św. Łazarza w Warszawie. — Doświadczenia nad wyłysieniem talowem. 4) Dr. R. Bernhardt. — Rozmieszczenie arszeniku w narządach wewnętrznych świnki morskiej po zadawaniu dosercowo arsenobenzolu. 5) Dr. E Bruner Warszawa. — O leczeniu wilka lampą Finsena. 6) Dr. A. Racinowski. Warszawa. — Współistnienie zmian przymiotowych i gruźliczych na skórze i śluzówkach. 7) Dr. A. Straszyński. Warszawa. — Pokaz odlewów woskowych, sporządzonych w klinice dermatologicznej w Warszawie. 8) Dr. W. Sterling Warszawa. — W sprawie gruźlicy szczepionej u ludzi.

„P. d.". Rok. XVIII. 1923. Nr. 4. 1) Doc. Dr. R. Leszczyński. Lwów. — Przypadki do patogenezy łuszczycy (zarazem nowy przypadek liszaja opryszczkowego). 2) Dr. K. Kauczyński. Lwów. — Stosunek limfocytozy do odczynu Bordet-Wassermanna 3) W. Balicka i A. Kogutowa. Lwów — Badania nad sprawnością wątroby kiłowej w związku z wstrząsami arsenobenzolowemi. 4) Dr. St Kapuściński. Warszawa. — Badania roli ziarniaków ropotwórczych (staphylococcus et streptococcus) w powierzchownych schorzeniach skóry. 5) Dr. W. Sterling. Warszawa. — Walka ze strupniem, prowadzona przez T O Z. na terenie Rzeczypospolitej. 6) Dr. L. Füllenbaumówna Lwów. — Przyczynek do patogenezy toczoia rumieniowego. 7) Dr. A. Straszyński. Warszawa. — Nietypowy przypadek liszaja rumieniowatego (lupus erythematosus). 8) Z. Wepperówna. Lwów. — Kilka uwag o zakaźności herpes zoster (półpaśćca) i jego stosunku do varicella (ospówki) popartych własnem spostrzeżeniem. 9) Z. Wepperówna. Lwów. — Autoseroterapja, jako samodzielna metoda leczenia chorób bakteryjnych.

„Polski Przegląd Chirurgiczny" pod redakcją Prof. Dr. Z. Radlińskiego, T. III. Z. 1. — I. II. III. 1924. Sprawozdanie z XX. Zjazdu chirurgów polskich, odbytego w Poznaniu w dniach 4, 5. i 6. października 1923. r. pod przewodnictwem Prof. Dr. B. Sawickiego (Warszawa).

„Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej" pod redakcją prof. dr. A. Gluzińskiego. T. I. Z. III. 1) Doc. Dr. T. Tempka. — Morbus maculosus Werlhoffi. Anaemia aplastica. 2) Dr. S. Cytronberg. — Przeciekrzenie pokarmowe krwi jako środek rozpoznawczy przy rakach przewodu pokarmowego. 3) Doc. Dr. J. Grek. — Endocarditis lenta. 4) Dr. M. Wierzuchowski. — Poszukiwanie jadu gruźliczego w moczu. 5) Dr. I. Skłodowski. — O niezwykłych przypadkach zakażenia gośćcowego. 6) Doc. Dr. H. Sochański. — O stosunku procesu zdrowienia do fizyko-chemicznych przejawów czynności układu wegetatywnego

B) Piśmiennictwo niemieckie.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften (Monachjum. J. F. Lehmann) 1924. Zesz. 4. Cena m. niem. zł. 1 75. Treść: 1) Prof. Müller i H. Böwing. Układ nerwowy wegetatywny, a skóra. — 2) Prof. Joseph. Przegląd prac z zakresu chorób skórnych i wenerycznych. — 3) Doc. Paschkis. Z zakresu urologji. — 4) Tscherning i Schlayer. Przegląd prac o chorobach nerek.

Ruch w Towarzystwach lekarskich. - Zjazdy.

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie kliniczne w dn. 26 lutego 1924.

Przewodniczący prof. A. Leśniowski.

Prezes komunikuje o śmierci członka honorowego W. T lek. Aleksandra Jaworowskiego. Pamięć zmarłego uczczono przez powstanie.

1) J. Rutkowski: Pokaz chorej po operacji radykalnej usunięcia **nowotworu złośliwego lewego migdałka** typu nabłonkowego.

2) T. Trzciński: Chory w 12 lat po zakażeniu przymiotem, a w 9 lat po ostatniem swoistem leczeniu spostrzegł znienacka sinicę w całej lewej górnej kończynie; sinica wystąpiła po godzinnem uczuciu mrowienia w całej kończynie. W 2 tygodnie zjawił się u prelegenta. Cała kończyna była wiśniowo-czerwonego zabarwienia, powiększona w objętości, ciastowato naciečzona. Rozpoznano **obliterację** głównego pnia żylnego. Po 5-ciu tygodniach leczenia mieszanego — było to w epoce przedsalwarsanowej — nastąpił powrót do zdrowia. Podobny przypadek z objawami w dolnej kończynie T. spostrzegał przed kilku miesiącami u siebie na oddziale. U młodego człowieka cała lewa dolna kończyna była olbrzymio powiększona, skóra na niej ciemno-szara; spoistość uda miejscami twarda jak deska, miejscami gąbczasto-miękka. W dolnej części lewego podbrzusza, ponad stawem biodrowym i na całem udzie żylaki; na goleni żylaki o wiele mniejsze. Na goleni na środku, obszerne powierzchowne owrzodzenie.

Sprawa trwa już około 4 lat, rozwijała się stopniowo. Odczyn Wassermanna wybitnie dodatni. Roentgenogram wykazał zupełnie normalne stosunki kostne miednicy i stawu biodrowego. Rozpoznano **obliterację** głównego pnia żylnego. Zastosowano wysokie ułożenie kończyny i energiczne leczenie salwarsanowo-bismutowo-jodowe. Podczas leczenia z powodu nadżarcia żylaka goleni silny krwotok — krew wytryskała z żyły, jak z tętnicy. Wynik leczenia był bardzo pomyślny. Cała kończyna zmalała i zmiękła, ale gdy chory zaczął chodzić wszystko wróciło do dawnego stanu. Wobec bezskuteczności leczenia dotychczasowego zaproponowano operację Coudollevue'go.

W dyskusji Racinowski skłania się do rozpoznania nowotworu, gdyż rzadko się zdarza, aby leczenie swoiste nie wpłynęło na sprawę kiłową i nie dało poprawy.

W odpowiedzi Trzciński zaznacza, że nie można uważać za prawidło, iż leczenie swoiste zawsze prowadzi do wyleczenia. Każdy widział nieraz przypadki, w których naczynie obliterowane już od dłuższego czasu nie poddaje się leczeniu swoistemu. Wobec wieloletniego trwania sprawy i wyników roentgenowskich istnienie nowotworu nie jest prawdopodobne.

3) Zaorski: Pokaz **3 roentgenogramów po resekcji żołądka**. Jeden dotyczy wrzodu krzywizny małej, zwężającego odźwiernik; w drugim wrzód odźwiernika przechodził na dwunastnicę; wreszcie trzeci przypadek, w którym wystąpiło przedziurawienie wrzodu przedniej ściany żołądka w $^1/_3$ długości jego bliżej odźwiernika. W obu pierwszych przypadkach istniały zrosty z trzustką, w drugim nawet trzeba było usunąć część trzustki wraz z usuwaną częścią żołądka. Operację wykonano sposobem L. Rydygiera. Polega on na wycięciu odźwiernika wraz z częścią przyodźwiernikową i zespoleniu przekrojów ze sobą. Różnice przeciętych części Rydygier wyrównywa w ten sposób, że marszczy szerszy przekrój żołądka na węższym dwunastnicy. Uzyskane w ten sposób warunki usuwają doszczętnie schorzałą część żołądka i zapobiegają powikłaniom, jak np. wrzody trawienne jelita cienkiego. Wszyscy 3 chorzy czują się dobrze. Pomimo zaleconej djety, ani jeden się do niej nie stosuje, jedzą i piją wszystko, jeden nawet używa wyskoku.

W dyskusji J. Rutkowski uważa za słuszne, że prelegent podniósł zasługi Rydygiera w sprawie chirurgji żołądka. Sposób Rydygiera nie nadaje się przy nowotworach, gdyż często po usunięciu ścian żołądka z guzem nie można zbliżyć kikutów.

4) Hirszfeld przedstawia sprawozdanie z ankiety międzynarodowej w sprawie **standaryzacji odczynu Wassermanna.**

W dyskusji Stanisław Mutermilch zaznacza, że od pewnej metody nie można wymagać więcej, niż ona dać może w rzeczywistości, ze względu na jej istotę. Jeżeli chodzi o odczyn Bordet-Gengou-Wassermanna, lub zastępujące go odczyny kłaczkujące, to już z góry można powiedzieć, że wszelkie próby, usiłujące doprowadzić je do idealnej czułości lub takiego ujednostajnienia, aby wszystkie badane surowice krwi dawały w rękach rozmaitych badaczów stale, absolutnie zgodne wyniki — muszą zakończyć się mniejszem lub większem niepowodzeniem.

Odczyn odchylenia dopełniacza w przypadkach kiły nie jest swoisty w sensie odpornościowym, jak to pierwotnie przypuszczał Wassermann; jest on oparty na zjawisku fizyko-chemicznem. Antygen zawiera drobne cząstki lipoidalne o ujemnym ładunku elektrycznym, obdarzone żywemi ruchami Brown'a. Zmienione chorobowo pod względem fizykalnym globuliny surowicy kiłowej (grubsza dyspersja) zmieniają ładunek elektryczny cząstek lipoidalnych antygenu, wskutek zachodzącej prawdopodobnie adsorbcji globulin. Wszystkie inne zjawiska, jak odchylenie (adsorbcja) dopełniacza lub kłaczkowanie są wtórne, w ścisłej zależności od zmian pierwotnych. Otóż zważywszy, że rozmaite antygeny, chociażby były przygotowane pozornie w jednakowych warunkach, zawsze wykazywać będą różnice natury fizykalnej (1) liczba cząstek lipoidalnych, ich rozmaite wielkości; 2) pod względem chemicznym rozmaite wyciągi z serc będą się różniły co do ilości i jakości lipoidów i 3) przy dokonywaniu odczynu z surowicą krwi albuminy, wykazujące działanie do pewnego stopnia antagonistyczne w stosunku do globulin, muszą mieć wpływ na wynik odczynu), — musimy przyjść do wniosku, że w obecnym stanie nauki o koloidach nie może być mowy o ujednostajnieniu serologicznych odczynów kiłowych. — Co się tyczy większej lub mniejszej czułości, zależnej od różnic w samej technice, to jest to poniekąd rzeczą indywidualną badacza. Badane w pracowniach surowice podzielić można na 3 kategorje. Jedne z nich o wybitnym odczynie dodatnim (zupełne odchylenie dopełniacza), inne o odczynie zupełnie ujemnym w rękach rozmaitych badaczów dają zgodne wyniki. Rozbieżności w wynikach występują dopiero wówczas, gdy mamy do czynienia z surowicami słabo dodatniemi, pochodzącemi bądź od chorych kiłowych, bądź od osobników zdrowych lub dotkniętych innemi chorobami. Oczywiście badacz, posiłkujący się bardziej czułą metodyką (np. surowice nieogrzewane) będzie miał większy odsetek wyników dodatnich. Mówca wypowiada zdanie, że osobiście woli pracować metodami mniej czułemi, wychodząc z tego założenia, że większą krzywdę wyrządzi, wykazując u osobnika zdrowego odczyn dodatni, niż nie wykazując czasami odczynu słabo dodatniego u chorego kiłowego. Mówca zapytuje prelegenta, czy na kongresie w Kopenhadze wszyscy badacze operowali temi samemi surowicami: w przeciwnym bowiem razie liczba badanych surowic byłaby zbyt mała do wyprowadzania danych statystycznych. Dalej mówca zapytuje, czy na omawianym kongresie badane były również płyny mózgowo-rdzeniowe i z jakiemi wynikami. Przy badaniu płynów tych odpada ważny czynnik, mianowicie obecność większej ilości białka, zwłaszcza w płynach prawidłowych, to też przy wykonywaniu odczynu Wassermanna z płynami mózgowo-rdzeniowemi nagół nie zdarzają się takie rozbieżności w wynikach, jakie dawać mogą surowice krwi. Wreszcie mówca zapytuje, jaką próbę z żywicą miał prelegent na myśli. Mówca przypomina, że odczyn t. zw. benzoesowy ma zastosowanie tylko w badaniu płynów mózg.-rdzeniowych; okazał on się jednakże, jak wykazało również doświadczenie mówcy, mniej czułym, niż odczyn Bordet-Wassermanna.

W odpowiedzi Hirszfeld wyjaśnia, że zbadanych było 560 surowic, prawie wszystkie surowice zbadane były przez wszystkich. Główną przyczyną niejednolitych wyników są różnice fizykalne wyciągów. Badając porównawczo wyciągi przygotowane przez Sachsa i przez asystentkę można było stwierdzić w wynikach drobne różnice. Dla odczynu Meinickiego z surowicami czynnemi autor używa wyciągu dla D. M. (III Modyfikacja) i dodaje balsamu peruwiańskiego. Nie wszystkie balsamy nadają się do tego odczynu i to sprawia największą trudność.

5) A. Apatow wygłosił rz. cz p.t.: **Sprawozdanie z epidemji czerwonki w Warszawie w r. 1923.** (Badania bakterjologiczne, objawy kliniczne, leczenie).

W dyskusji Witold Dąbrowski zaznacza, że z wiosną 1924 r. spodziewano się w Polsce groźnej epidemji czerwonki, a to ze względu na możliwość zawleczenia jej ze wschodu. Dzięki naszym warunkom kulturalnym i dobrobytowi ludności epidemja czerwonki w 1923 r. okazała się średnią epidemją. Pod względem etjologicznym czerwonka jest pojęciem zbiorowem; pod względem klinicznym spotyka się dużo rozmaitych postaci. Czerwonka może przebiegać z podniesieniem ciepłoty, lub bez podniesienia, z wypróżnieniami krwawemi. Postacie zgorzelinowe przebiegają z wysoką ciepłotą, nieustannem parciem, z obfitemi płynnemi wypróżnieniami z domieszką krwi. Czysta krew występuje głównie przy głębokich owrzodzeniach, drążących do surowicówki, przytem powstaje czkawka, wymioty, słabe tętno. Objawy otrzewnowe nastręczają pewne trudności w rozpoznawaniu czerwonki. Przypadki czerwonki przewlekłej należy uważać jako następstwo ostrej, wskutek niezachowania djety. Często u osób starych i charłaczych czerwonka zaczyna się jako przewlekła. Te przewlekłe przypadki stanowią łączność pomiędzy jedną epidemją czerwonki a drugą. Leczenie swoiste nie daje zadowolenia. Lekkie przypadki leczą się przez zachowanie spokoju, bez środków leczniczych. W ciężkich przypadkach środki czyszczące doprowadzały do złych wyników i są przeciwskazane. W stanach zapalnych otrzewnej należy zalecać absolutny spokój, makowiec lub morfinę, djetę głodową. Po ostrym okresie środek czyszczący często uspokaja, gdyż usuwa zebrany kał, który wywoływał stałe parcie. W miarę poprawy stanu chorego występuje apetyt i dochodzi do wilczego apetytu.

St. Muttermilch zaznacza, że dysenterja z punktu widzenia bakterjologicznego nie jest jednostką tak ściśle i jasno ujętą, jak np. dur brzuszny lub cholera. Opisywano epidemje czerwonki, w których nie udawało się wyosobnić żadnego ze znanych dotychczas prątków dyzenterycznych. Z drugiej strony taki np. prątek rzekomodurowy B. może dawać objawy kliniczne dyzenterji. Kwestja ta ma duże znaczenie zwłaszcza jeżeli chodzi o stosowanie zapobiegawcze per os szczepionek.

W durze i cholerze sprawa przedstawiona jest jasno. W dysenterji zaś ze względu na liczne luki w etjologji bakteryjnej napotykamy duże trudności praktyczne.

Chmielewski uważa za najlepsze stosowanie lewatyw z ciepłej wody z tauiną kilka razy dziennie, lub w cięższych przypadkach lewatywy z emulsją jodoformową (0,5—2,0 Jodoformu na litr wody) i Tra Opii simpl. 20—30 kropel. Następuje wtenczas uspokojenie na kilka godzin, przebieg staje się łagodniejszym. Ze środków czyszczących najlepszy, według Ch., olej rącznikowy w początkach choroby w ciężkich przypadkach.

Na tem posiedzenie zakończono.

Łódzkie Towarzystwo Lekarskie.

Protokół posiedzenia z dnia 5 marca 1924 r.

I. Kol. Koliński i Sterling poświęcają wspomnienie pamięci zmarłego członka-założyciela Łódzkiego Towarzystwa lekarskiego dr. Maksymiljana Kona.

Obecni uczcili pamięć Zmarłego przez powstanie z miejsc.

II. Kol. Szyfman wygłasza dokończenie odczytu: „**Współczesne metody leczenia moczówki cukrowej**".

Omówiwszy patogenezę cukrzycy i rolę organów o wewnętrznem wydzielaniu w przemianie wodanów węgla, mówca wskazuje na istniejące teorje: 1) niedostatecznego spalania wodanów węgla; 2) nadmiernego wytwarzania cukru; 3) kompromisową, uznającą i niedostateczne spalanie cukru i nadmierne wytwarzanie. Omówiwszy dodatnie i ujemne strony tych teorji, prelegent zatrzymuje się dłużej na teorji „podrażnienia" Kollischa, w myśl której istota cukrzycy polega na chorobliwie wzmożonej pobudliwości aparatu cukrotwórczego, w pierwszym rzędzie — wysepek Langerhansa. Bodźcem, wywołującym nadmierne podrażnienie aparatu cukrotwórczego bywa najczęściej przeciążenie organizmu zbyt wielką ilością pokarmu wogóle, w szczególności zaś — substancji białkowych. Na tej teorji oparta jest współczesna metoda leczenia cukrzycy, polegająca: 1) na ograniczeniu do minimum ilości podawanego pokarmu wogóle; 2) na zredukowaniu ad minimum ilości białka, zwłaszcza zwierzęcego. Następnie prelegent przytacza wytyczne, któremi należy się kierować przy leczeniu cukrzycy oraz kwasicy.

Prelegent przytacza szczegółowo historję odkrycia insuliny; omawia właściwości chemiczno-fizykalne insuliny, sposób jej działania na organizm zwierząt doświadczalnych i ludzi; przytacza teorję, tłumaczącą mechanizm działania insuliny. Omówiwszy wskazania do stosowania insuliny i powikłania, spostrzegane przy jej stosowaniu, prelegent wspomina o dwu istniejących w Ameryce metodach leczenia insuliną: Wintera i Allena. Następnie przytacza wyniki leczenia insuliną w czterech przypadkach cukrzycy, demonstrując odpowiednie tablice liczbowe. Na podstawie danych z piśmiennictwa i przypadków własnych mówca przychodzi do następujących wniosków: 1) Leczenie insuliną jest leczeniem pomocniczem; w przypadkach ciężkich wynik jest przemijający; w przypadkach lżejszych możliwe jest wzmożenie tolerancji. 2) Insulina jest znakomitym środkiem leczniczym przy śpiączce cukrzycowej, bardzo skutecznym — przy ciężkich postaciach cukrzycy z acetonurją. 3) Leczenie insuliną może być skuteczne tylko przy stosowaniu odpowiedniej djety; dla usunięcia acetonurji należy ograniczyć do minimum (do 10 gr) ilość białka przy podawaniu dużej ilości wodanów węgla.

Protokół posiedzenia z dnia 18 marca 1924 r.

I. Odczytano pisma komisji zorganizowania „Ligi Higjeny Psychicznej" na terenie Województwa Łódzkiego. W skład komisji wchodzą lekarze: dr. Maszlanka, dr. Siwiński i dr. Starzyński.

II. Kol. Sterling wygłosił wspomnienie pośmiertne o prof. honorowym Uniwersytetu Warszawskiego, Dr. honoris causa Uniwersytetu Jagiellońskiego, Dr. medycyny Alfredzie Sokołowskim, członku honorowym Łódzkiego Tow. Lekarskiego. Obecni uczcili pamięć pamięć Zmarłego przez powstanie z miejsca.

III. Kol Frenkiel demonstruje 2 przypadki: 1) Przypadek histerji u 11-to letniej dziewczynki; cierpienie polega na atakach duszności, występujących napadowo od roku, ostatnio po kilkadziesiąt razy dziennie, połączonej z afonją i niemożnością pisania podczas ataku. 2) 24 letniego mężczyzny: chód spastyczno-ataktyczny, objaw Babińskiego na prawej stopie, mowa skandowana, twarz maskowata, inteligencja zachowana. Etjologja niewyraźna. Obraz kliniczny przypom na częściowo **stwardnienie rozsiane**, częściowo **stany pośpiączkowe**.

IV. **W dyskusji** nad wygłoszonym na poprzedniem posiedzeniu odczytem dr. Szyfmana: „Współczesne metody leczenia moczówki cukrowej" zabierali głos koledzy: Maszyński, Rozenberg, Kryszek, Sterling i Gerlis.

Kol. Maszyński mówi o stosowaniu insuliny u dzieci w celu korzystnego oddziałania na rozwój dziecka i w lżejszych przypadkach cukrzycy u dorosłych — celu podniesienia psychiki chorego przez dostarczanie mu tak zwanych „świąt djetetycznych". Kol. Rozenberg mówi o próbach stosowania insuliny per os i w doświadczeniach z metaboliną i irreponiną. Kol. Kryszek rozważa spostrzeżenia Falty, jakoby wysokie ciśnienie i nadmierne napięcie układu współczulnego miały być oporne na działanie insuliny i zwraca uwagę na teorję Freunda, która sprowadza działanie gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu do różnego stopnia napięcia naczyń wrotnych wątroby. Kol. Sterling przypomina, że ciężkie postacie cukrzycy, którym towarzyszyła polifagja, prawie że znikły od lat wielu dzięki stosowaniu odpowiedniej djety przeciwcukrzycowej i wspomina o dwu spostrzeganych przypadkach śmierci w przebiegu stosowania insuliny. Kol. Gerlis mówi o insulinie, jako o środku, wpływającym dodatnio na wyniki zabiegów operacyjnych u djabetyków.

Polskie Towarzystwo Otolaryngologiczne.

Posiedzenie dnia 28. II. 1924 r.

Pokazy: 1) Hellin: Przyp. choroby **Basedowa** u 12-letniej dziewczynki z typowemi objawami, godny uwagi ze względu na objaw Stöckera, polegający na drżeniu gałek ocznych przy podnoszeniu ich w górę i stale się w tem cierpieniu zjawiający, jako dowód znaczenia błędnika w chorobie Basedowa.

2) Karbowski: Przypadek *spasmus nutans*. Badanie kaloryczne błędników wykazało, że po drażnieniu uszu zimną wodą występuje oczopląs, niezależnie od samoistnego wahadłowego ruchu gałek ocznych. Samoistne wahadłowe ruchy gałek ocznych widoczne są tylko wówczas, kiedy główka dziecka zostaje unieruchomiona. Po nałożeniu opaski ruchy wahadłowe główki znikają. Stwierdzony oczopląs cieplikowy, niezależnie od ruchów wahadłowych gałek ocznych przemawia przeciw teorji błędnikowej.

Dyskusja: Hellin uważa *spasmus nutans* za cierpienie narządów przedsionkowych. Za tem przemawiają ruchy głowy (Kopfnystagmus) i często obserwowane wymioty.

Karbowski: Teorja błędnika nie da się dostatecznie uzasadnić. *Spasmus nutans* wywołany jest prawdopodobnie brakiem wpływu tonizującego światła na aparat mięśniowy gałek ocznych. Wskutek czego powstają zaburzenia w oftalmostatyce. Zaburzenia oftalmostatyki są zasadniczym i pierwotnym objawem wszystkie inne objawy są wtórne.

3) Czarnecki: Przyp. **przetoki ślinowej** po dokonanej antrotomji. Chora 13-letnia w przeciągu 10 lat była dwukrotnie operowana. Po drugiej operacji została przetoka ślinowa. Cz. widział chorą po raz pierwszy 1½ roku temu i stwierdził ranę niezagojoną na wyrostku, poniżej rany zaś w bliźnie — przetokę ślinową.

Dyskusja: Koenigstein: przetoki ślinowe powstają wskutek prowadzenia cięcia zanadto ku przodowi przed mięśniem, zginającym głowę; co się tyczy leczenia to K. stosuje żegadło galwaniczne lub kwas chromowy. Leriche radzi wyrywać n. auriculo-temporalis.

Dobrowolski przytacza przypadek, w którym zrobiono głębokie cięcie obrzmiałej ślinianki. Przetoka się nie wytworzyła.

4) Hellin: Przypadek **niedrożności przewodu Stenona** u 18-letniego chorego z kamieniem w przewodzie przyusznym. Przy nadymaniu się obrzmiewa lewy policzek i skroń (guz powietrzny). Widać ślinę, wydzielającą się z przewodu.

Dyskusja: Chorążycki: Zgrubienia przewodu nie wywołał kamyk. Jest to raczej gruczoł dodatkowy. Bóle bywają tylko w stanach zapalnych.

Koenigstein przytacza przypadek, w którym przypuszczano kamień; przy operacji kamienia nie znaleziono, była to tylko twarda blizna.

Czarnecki w przyp. Hellina przypuszcza obecność kamienia. Blizny powstają w następstwie utorowania sobie drogi przez kamień. Uprzednie rozpoznanie blizn ważne jest ze względu na metodę operacyjną.

Rapaport zwraca uwagę na skupienie gruczołów chłonnych o twardej konsystencji.

Hellin: Rozpoznanie nie ulega wątpliwości. Kamienie wyczuć można zapomocą dotyku zupełnie wyraźnie; niezależnie od kamienia wyczuwa się rozszerzony, o krętym przebiegu przewód uszny.

5) Kmita: **Z kazuistyki powikłań ropienia ucha środkowego.** Choremu M. przed 18 laty zniszczono lewe ucho, w celu uwolnienia go od wojska. Po kilku latach ropienia przewód uszny zarósł i chory czuł się zdrów. Przed 9 dniami — bóle głowy, T 39°. Od 4 dni objawy zapalenia opon mózgowych. 22. XII. badanie płynu mózgowego (dr. Mutermilch) wykazało: płyn ropny z dużą ilością streptokoków, pneumokoków i obecność dużych pałeczek, określonych jako anaeroby. Tegoż dnia przy operacji znaleziono skąpą ziarninę z ropą o zapachu cholesteatomatu; kość między zatoką esowatą i półkolistym kanałem szarawa; po usunięciu jej — duży ropień przyoponowy, przyczem opona zgorzelinowo zmieniona. Po kilkudniowej poprawie nastąpiła śmierć 28. XII. przy objawach zapalenia mózgu. Przypadek ten zasługuje na uwagę z tego względu, że 1) sprawa ropna ucha środkowego z zarośnięciem przewodu usznego trwała kilkanaście lat bez objawów, 2) że ropienie ostatecznie zaledwie w przeciągu kilku dni zdążyło zniszczyć kość, wywołując ropień przyoponowy, co się zgadza ze spostrzeżeniami, że anaeroby, zwykle obecne w ropie przy braku powietrza nabierają niezwykłej siły niszczycielskiej. Przypadek ten daje powód do zastanowienia się w sensie społeczno-prawnym.

Dyskusja: Karbowski uważa za niemożliwe, by sprawa ropna ucha środkowego mogła trwać kilkanaście lat przy zupełnem zarośnięciu przewodu. Na tle zagojonej sprawy przewlekłej powstał perlak, który zropiał i wywołał powikłanie wewnątrz-czaszkowe. Ilość płynu wypuszczona podczas operacji w ilości 150 gr. wydaje się niezmiernie duża.

Dobrowolski przytacza przypadek, w którym wypływało tak dużo płynu mózgowo-rdzeniowego, że parę razy dziennie zmieniano opatrunek.

Guranowski: Przyp. opisany przez kol. Kmitę G. widział przed operacją. Zarośnięcie przewodu było zupełne. G. tłumaczy sobie tak długie trwanie sprawy wytworzeniem się pseudocholesteatomatu, który nie dawał objawów i istniał w stanie utajonym; dopiero pod wpływem nowego zakażenia wywołał **powikłanie wewnątrz-czaszkowe.**